PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

REDAKTOR GŁÓWNY i ODPOWIEDZIALNY:

Prof. Dr. Leon BLUMENSTOK.



Rok XXI. — 1882.

Kraków.
NAKŁADEM TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO,
w Drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.
1882.

SPIS RZECZY

zawartych w Tomie XXI. „Przeglądu Lekarskiego.“

(Liczby oznaczają strony).

I. Spostrzeżenia i opisy przypadków, zebrane w klinikach, zakładach uniwersyteckich i szpitalach.

II. Inne prace oryginalne.

III. Odcinek.

IV. Piśmiennictwo lekarskie.

V. Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw.

VI. Sprawozdania.

VII. Wiadomości pomniejsze.

VIII. Nekrologija.

Spis autorów prac oryginalnych i rozbiorów krytycznych.

Spis Autorów, z których prac podano oceny i sprawozdania.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżawskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie* nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia p.p. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 zł. 80 c.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków. 7 stycznia 1882. **№ 1.** **Rok XXI.**

I. O oznaczaniu dolnéj granicy żołądka.

(Rzecz wykonana w klinice lek. tudzież w zakładzie anat. patolog. Uniw. Jagiell.)

Napisał Dr. **Stanisław Ponikło**
Docent Uniw. Jagiell. Asystent kliniki lek.

LITERATURA:

1) Piorry: *Traité de la percussion médiate et traité de plessimétrisme et d'organographisme. Paris 1866, p. 535.*—2) Skoda: *Abhandlung über Percussion und Auscultation, Wien 1864. 6te Auflage, p. 248.*— 3) Traube: *Gesammelte Beiträge zur Pathologie und Physiologie II. p. 875, 1868.* — 4) Paul Niemeyer: *Handbuch der theoretischen Percussion u. Auscultation, Erlangen 1868, 1 Band. p. 196.* — 5) H. Wagner: *Über die Percussion des Magens nach Auftreibung mit Kohlensäure; Inaugural-Dissertation, Marburg 1869.*—6) Leichenstern: *Physicalisch-diagnostische Bemerkungen zu H. v. Luschka's Lage der Bauchorgane des Menschen. Deutsche Klinik 1873. Nr. 28.* — 7) Guttmann: *Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden;* kilka edycyj.— 8) Leube: *Zur Diagnose der Magendilatation; Deutsches Archiv für klin. Med. B. XV p. 394;* — (rzecz o badaniu dolnéj granicy żołądka przez wkładanie w celu rozpoznawczym zgłębnika żołądkowego i wymacanie dolnego końca takowego przez powłoki brzuszne 1875.)— 9) Tenże: *Ziemssen's Handbuch. B. VII* (2 część), 1sza edycyja. — 10) Penzoldt: *Die Magenerweiterung; Habilitationsschrift, Erlangen 1875* (patologija i terapija rozstrzeni żołądkowéj; pomiary odległości dna żołądka od zębów, na zwłokach i żyjących i porównanie takowych z wysokością ciała i długością kręgosłupa). — 11) Gerhardt: *Lehrbuch der Auscultation und Percussion 3te Auflage 1876.*—12) O. Rosenbach: *Zur Diagnose der Magenerweiterung; Börners „deutsche med. Wochenschrift 20—21, 1876;* (badanie poziomu płynu nagromadzonego w żołądku przez auskultacyję za pomocą zgłębnika; cel pracy nie tyle oznaczenie rozmiarów żołądka, ile zbadanie dzielności mięśni żołądkowych (*insufficentia ventriculi* np.) — 13) Jürgensen: *Ueber O. Rosenbach's Auscultationsmethode am Magen, Deutsches Archiv für klin. Med. B. 21, str. 388* (krytyka postępowania O. Rosenbacha). — 14) Schreiber: *Eine neue Methode zum Nachweise der Lage des Magens. Deutsch. Archiv für klin. Medizin B. 19, str. 616,* (oznaczanie dolnéj granicy żołądka przez wydęcie balonika gumowego utwierdzonego na końcu zgłębnika i wymacanie takowego przez powłoki brzuszne). 1878. — 15) S. T. Sörensen: *Über die Bestimmung der Grenzen des Magens* (oryginał w Hosp.-Tidende 2, R. VI 40, 41, 42, 1879; obszerny referat w *Schmidts-Jahrbücher d. Med. B. 185,* str. 76. Oznaczanie dolnéj granicy żołądka perkusyją na zwłokach i sprawdzanie wyników sekcyją; oznaczanie perkusyją wydętego sztucznie powietrzem żołądka na zwłokach i kontrolowanie wyników sekcyją; wreszcie używanie zgłębnika w celu rozpoznawania granicy dolnéj żołądka).—16) Leube: *Die Magensonde, Erlangen* 1879. (Monografija o zgłębniku żołądkowym w ogóle, o użyciu takowego w celach rozpoznawczych i leczniczych; historyja zgłębnika żołądkowego). — 17) Scamper: *Über die Bestimmung der Magengrenzen. Inaugural-Dissertation,* Berlin 1879. (Praca krytyczna ze szczególném uwzględnieniem perkusyi). — 18) Neubauer: *Beiträge zur Beurteilung der Capacität des Magens. Prager Med. Wochenschrift* 1878, Nr. 14. (Mierzenie pojemności żołądka przez wlewanie płynów na podstawie naczyń spółkujących. Referat pracy w *„Centralblatt f. klin. Medizin“* str. 620. — 19) Ebstein W.: *Über die Nichtschlussfähigkeit des Pylorus (Incontinentia pylori).* (O zużytkowaniu niedomykalności odźwiernika [za pomocą wydęcia żołądka kwasem węglowym wybadanéj] w celach rozpoznawczych). *Volkmanns Sammlung klin. Vorträge Nr. 155. 1878.* — 20) Kussmaul: *Die peristaltische Unruhe des Magens. Volkmanns Sammlung klin. Vorträge Nr. 181.*

Kierunek rozprawy.

Badanie fizyczne narządu oddechowego i krążenia wyrobiło sobie dotąd prawo obywatelstwa w dyjagnostyce chorób wewnętrznych; poszczególne metody badania tego stwierdzone są licznemi pracami doświadczalnemi bądź na zwłokach bądź na ustroju żywym, znaki rozpoznawcze, różnemi metodami uzyskać się dające, są po większéj części fizycznie wytłumaczone, częstokroć z matematyczną ścisłością oznaczone i należycie sklasyfikowane, tak iż dają się bezpośrednio zużytkować w celach rozpoznawczych; wyniki badania pewne a często ścisłe i kategoryczne. Ztąd badanie fizyczne tych narządów zjednało sobie najprzedniejsze miejsce w semijotyce klinicznéj i w związku z należytém uwzględnieniem zmian anatomicznych stało się podwaliną patologii szczegółowéj narządów klatki piersiowéj i cennym a nie odzownym środkiem rozpoznawczym medycyny wykonawczéj.

Inaczéj się ma rzecz z narządem trawienia, a w szczególności z badaniem żołądka. Do niedawna rozpoznawanie chorób żołądka opierać się musiało jedynie na ocenieniu przypadków czynnościowych i podmiotowych i zresztą chyba na uwzględnieniu wyników palpacyi i adspekcyi w niektórych formach chorobowych. Zresztą nie przywiązywano wagi do perkusyi, auskultacyi i innych fizycznych sposobów badania lub w ogóle sposobów tych nie zastosowywano. Przyczyną tego jest mniejsza rozmaitość i wybitność zmian anatomicznych, mniéj ściśle określone stosunki topograficzne żołądka, wreszcie większa trudność metody badania i więcéj względna wartość wyników tegoż. Dopiero gdy poczęto oceniać dokładniéj związek rozmiarów żołądka z różnemi formami chorobowemi tego narządu, gdy ustanowiono „rozszerzenie żołądka" (*dilatatio ventriculi)* jako odrębną jednostkę chorobową, zwrócono dokładniejszą uwagę na badanie rozmiarów i granic żołądka. Wiele też świeżo podanych sposobów badania fizycznego żołądka ma na celu umożebnienie ścisłego rozpoznania „rozszerzenia" takowego. Z drugiéj strony badanie to dało impuls do miejscowéj terapii chorób żołądkowych, jak wypłukiwanie żołądka, elektryzowanie itp.

Metody badania fizycznego żołądka, przez kilku autorów w ostatnich latach podane, są niedostateczne, dają częścią wyniki bardzo względne, częścią też są nazbyt skomplikowane lub w wielu przypadkach dla chorych przykre i zdrowiu nieobojętne.

Większość metod zdąża przedewszystkiém do oznaczenia dolnéj granicy żołądka jako jedynie mogącéj dać wyobrażenie o rozmiarach narządu, granice górne bowiem dają się z łatwością oznaczyć przez oznaczenie dolnych granic narządów od góry przytykających do żołądka, jak wątroby, serca, płuca lewego i śledziony; zresztą znaczne rozszerzenie żołądka ku górze z powodu podatności ścian jamy brzusznéj w obec prawidłowości innych narządów jest niemożebne.

Stósownie do powyższych uwag wytknąłem sobie w mojéj pracy następujący kierunek: wypróbować ważniejsze dotąd podane sposoby badania fizycznego dolnéj granicy żołądka, stwierdzić takowe częścią na zwłokach, częścią na ustroju żywym, tak zdrowym jak w stanie chorobowym, wskazać na podstawie doświadczalnéj względną wartość poszczególnych metod, dogodności i niedogodności tychże i wskazać stopień ścisłości, na jaki zużytkowanie wyników badania tą lub ową metodą w dyjagnostyce zasługuje. Nakoniec pozwalam sobie podać nowy własny sposób badania żołądka i stwierdzić użyteczność takowego na zwłokach i chorych.

Materyjału klinicznego, na którym czyniłem doświadczenia, dostarczyli mi chorzy kliniki chorób wewnętrznych tak stałéj jak ruchoméj prof. Korczyńskiego. Tutaj niech mi wolno będzie złożyć winne podziękowanie temuż czcigodnemu profesorowi, a memu przewodnikowi, którego inicyjatywie i zachęcie zawdzięczam wykonanie niniejszéj pracy doświadczalnéj, który nadto w każdym przypadku popierał mnie swoją cenną radą, opartą na głębokiéj nauce i doświadczeniu. Nadmienić tu muszę, iż ocenienie poszczególnych sposobów badania żołądka opieram częścią na doświadczeniach *ad hoc* przedsiębranych, w części jednak na pewném doświadczeniu, które przez lat kilka w badaniu tém nabyłem: niektóre manipulacyje, szczególniéj z pomocą zgłębnika żołądkowego, które miałem sposobność wykonać w klinice lekarskiéj, liczą się z powodu obfitego materyjału ambulatoryjnego na setki.

Doświadczenia na zwłokach wykonałem w prosektorjum anatomii patologicznéj prof. Dra Browicza, który z bezprzykładną gotowością raczył mi oddać do dyspozycyi znaczną część materyjału sekcyjnego, za co niniejszém wyrażam mu wdzięczność prawdziwą.

I. Opukiwanie żołądka.

Mistrz badania fizycznego, Skoda, odnośnie do opukiwania żołądka i jelit mówi: „W prawidłowym stanie bywa odgłos wypukowy na ścianach brzusznych jawny bębenkowy albo jawny niebębenkowy; zależy to częścią od ilości zawartego w jelitach gazu, częścią od ciśnienia wywartego przez tłocznię brzuszną: im mniejsze napięcie ścian jamy brzusznéj, tém jawniejszy i wyraźniéj bębenkowy jest odgłos wypukowy. Nie we wszystkich miejscach na ścianach jamy brzusznéj jest odgłos wypukowy jednaki, jest tém zmienniejszy, im więcéj ruchomo ułożone są jelita. Okolica żołądka wydaje zwykle najgłośniejszy i najjawniejszy odgłos wypukowy, któremu częstokroć towarzyszy podźwięk metaliczny".

To jest wszystko, co Skoda wspomina o opukiwaniu żołądka i jelit. Nie wielką on też w ogóle przykładał wagę do opukiwania jamy brzusznéj: znaki rozpoznawcze uważał za mało wybitne a ocenienie ich nazbyt względne. Ztąd opukiwanie żołądka nie cieszyło się, szczególniéj w Niemczech aż do ostatnich lat wielkiém uznaniem, a jeśli ta metoda badania była przedsiębraną, to raczéj dla systemu i zwyczaju, że tak powiem, przy sposobności, niż w nadziei zyskania przydatnych znaków rozpoznawczych.

To też od czasów Piorryego, który doświadczał na zwłokach i chorych perkusyi żołądka, dział ten badania fizycznego nader nieznacznym uległ zmianom. Dopiero po ogłoszeniu odnośnych prac Leubego, Penzoldta i Lichtensterna, opukiwanie żołądka a zwłaszcza oznaczenie dolnéj granicy takowego nabyło więcéj popularności. W r. 1879 doświadczał Sörensen (p liter.) wartości opukiwania żołądka na zwłokach. Podaje wyniki 17 przypadków. Starał on się oznaczyć na zwłokach dolną granicę żołądka przez opukiwanie bez żadnych innych pomocniczych manipulacyj, oznaczał takową przez wbicie w ściany brzuszne długich igieł, następnie otwierał jamę brzuszną i porównywał granice rzeczywiste z wybadanemi przez perkusyję. W dziesięciu przypadkach była granica dolna dobrze oznaczona, w 6ciu fałszywie; w 5ciu sprawdziła sekcyja wynik badania o tyle, iż przyjęte na podstawie perkusyi opadnięcie żołądka i pokrycie takowego w znacznéj części przez lewy płat wątroby potwierdzone zostało. W 6ciu przypadkach fałszywie rozpoznanych polegało w 2 pomyłka na tém, iż poprzecznica i niektóre pętle jelita cienkiego znaczniéj wydęte policzone zostały do żołądka, w 3ch przypadkach zaś wydęte silnie pętle jelita cienkiego, pokrywające żołądek, wzięte zostały za żołądek. W badaniach tych używał Sörensen częścią zwykłéj perkusyi, częścią perkusyi auskultacyjnéj, kontrolując objawy przysłuchowe powstałe w jamie żołądka przy opukiwaniu osłuchiwaniem za pomocą równocześnie przyłożonego na okolicę żołądka stetoskopu. Przy tém zwracał przeważnie uwagę na powstawanie wzmożonego odgłosu *(vermehrter Wiederhall)* i podźwięku metalicznego. W 3ch z pomiędzy dobrze rozpoznanych przypadków można było dokładnie słyszeć podźwięk metaliczny i na podstawie obecności takowego właśnie oznaczył autor dolną granicę żołądka; w 2ch fałszywie rozpoznanych można było również stwierdzić słaby podźwięk metaliczny. W 4ch przypadkach granica została oznaczoną jedynie za pomocą zwykłéj perkusyi (w 1szym równocześnie wykazać się dał podźwięk metaliczny). Ztąd

przypisuje autor „podźwiękowi metalicznemu“ pewną wartość rozpoznawczą.

Daleko pewniejsze wyniki otrzymywał Sörensen, gdy uprzednio wydął żołądek powietrzem. W tym celu otwierał gardziel po stronie lewéj szyi, wprowadzał zgłębnik żołądkowy (cewnik) opatrzony kurkiem do zamykania i wtłaczał za pomocą pumpy powietrze do żołądka.

Z 13tu przypadków w ten sposób badanych sprawdziło się w 5ciu rozpoznanie w zupełności: można było stwierdzić bardzo niski odgłos wypukowy bębenkowy, wielce różny od odgłosu nad częściami niżéj położonemi wzmożony odgłos i podźwięk metaliczny. W 7miu innych rozpoznanie było mniej dokładne, lecz tylko w jednym okazało się zupełnie mylne, gdyż autor wziął dolną granicę esowato wygiętéj i wydętéj nadmiernie poprzecznicy za granicę żołądka.

Dziwi mnie jednak, że Sörensen w téj drugiéj seryi doświadczeń na zwłokach nie wspomina nic o têm, czy powietrze wtłoczone przez zgłębnik do żołądka dostawało się przez odźwiernik do jelit cienkich lub nie (punkt wielkiéj wagi w rozpoznawaniu granic żołądka tudzież podanéj przez Ebsteina (v. liter.) niedomykalności odźwiernika *(incontinentia pylori)*. W mojej seryi doświadczeń starałem się w kilku przypadkach okoliczność tę uwzględnić.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Spostrzeżenia nad nerką wędrującą.

Skreślił Dr. B. Skórczewski,
lekarz zdrojowy w Krynicy.

Czytając monografiję Landaua o nerce wędrującéj u kobiet (*Die Wanderniere der Frauen.* Berlin, 1881, 8°, str. 104), pod wielu względami starannie opracowaną, spostrzegłem w niéj liczne sprzeczności z têm, co uważałem w méj praktyce. Ze wszystkich w tym przedmiocie pisanych rozprawa Landaua jest jeszcze najwięcéj wyczerpującą, dla tego têm bardziéj należy owe sprzeczności uwidocznić, a têm samém przyczynić się do rozjaśnienia choroby, którą dotychczas niedostatecznie uwzględniano.

W ogóle małą jest ilość opisów nerki wędrującéj, których możnaby użyć za materyjał statystyczny: nie dosięga bowiem 200 przypadków; dla tego spostrzegane przezemnie 35 przypadków uważać należy za pokaźną ilość, która zasługuje na uwzględnienie.

Ponieważ z dziełka Landaua przekonałem się, iż bardzo doniosłém jest zebranie ścisłego materyjału statystycznego, aby można coś stanowczego orzec o etyjologii i patogenezie nerki wędrującéj, dla tego podaję tutaj zestawienie różnych szczegółów z 35 przypadków spostrzeganych u chorych, którzy przybyli do Krynicy, celem leczenia się na rozmaite choroby z wyjątkiem nerki wędrującéj: téj bowiem prawie w żadnym przypadku wpierw nierozpoznawano.

U 3 mężczyzn znalazłem 2 razy prawą nerkę wędrującą, a raz lewą.

U 13 kobiet, które nie rodziły, znalazłem 9 razy prawą nerkę wędrującą, a 4 razy lewą.

U 19 kobiet, które rodziły, spostrzegłem 8 razy prawą, 6 razy lewą, a 5 razy obie nerki wędrujące.

W ogóle rozpoznałem w 19 przypadkach obniżenie nerki prawéj, w 11 przypadkach obniżenie nerki lewéj, a w 5ciu obu nerek, czyli razem 24 nerek wędrujących prawych a 16 lewych.

Pod względem wieku osób z nerką wędrującą była 1 kobieta niżéj lat 20 (nie rodziła); 14 kobiet między 20 a 30 rokiem (6 rodziło); 2 mężczyzn i 10 kobiet między 30 a 40 rokiem (7 rodziło); 1 mężczyzna i 7 kobiet między 40 a 50 rokiem (6 rodziło). Największa ilość (14) chorych z nerką wędrującą przypada między 20 a 30 rokiem, następnie (12) między 30 a 40 rokiem życia.

Nerkom wędrującym lewym najczęściéj towarzyszyły zimnicze obrzęki śledziony, mianowicie w 13tu przypadkach, a tylko w 3ch przypadkach nie było zakażenia zimniczego. Nerkom wędrującym prawym dosyć często towarzyszył zimniczy obrzęk śledziony, bo 13 razy, ale 11 razy tego zakażenia nie mogłem wykazać.

Zboczenia chorobowe w przewodzie pokarmowym zazwyczaj towarzyszą nerce wędrującéj. Tylko w 4ch przypadkach nie dostrzegłem żadnych zaburzeń żołądka i kiszek, a zresztą: w 28 przypadkach było zwątlenie przewodu pokarmowego, w 3 przypadkach nieżyt; nadto w 9ciu z tych przypadków występowały bóle w brzuchu, rozpoznawane jako enteralgije lub kardyjalgije.

Zboczenia w układzie nerwowym towarzyszyły nerce wędrującéj w 24 przypadkach i to w 19tu przypadkach jako niedomoga nerwowa, w 5 jako hysteryja. Prócz tego w 4ch przypadkach był uporczywy nerwowy ból głowy a w 2 przypadkach migrena; a daléj w 1 przypadku kołatanie serca, 1 ból mięśniowy, 1 nerwoból kulszowy. — 11 osób z nerką wędrującą nie doświadczało żadnych zboczeń ze strony układu nerwowego.

W narządzie rodnym tylko u 16 kobiet występowały mniéj lub więcéj wybitne zboczenia, a mianowicie: 5 nieżytów macicy, 3 zgięcia macicy, 8 wątłość pochwy, 5 dolegliwe miesiączkowanie, 2 brak miesiączki, 4 miesiączka obfita lub przewlekająca się. U 16 zaś kobiet nie pojawiały się żadne zboczenia w tym narządzie.

Porównywając te daty z datami zebranemi z literatury, a podanemi przez Landaua, znajdujemy różnice w wielu kierunkach mniéj lub więcéj wybitne, i te chciałbym tutaj uwidocznić.

Co do częstości, z jaką pojawia się nerka wędrująca, to prawie zupełnie brakuje nam odpowiednich liczb statystycznych, a te tylko mogłyby nas nieco w tym względzie pouczyć. Wprawdzie z oględzin pośmiertnych (Durham, Schulze, Virchow) okazało się, że na 11.258 trupów znaleziono tylko 11 razy nerkę wędrującą, coby świadczyło za nader rzadkiém jéj pojawieniem się. Ale ta droga nie prowadzi do celu, a to nietylko dla tego, że jak Landau podnosi, od czasu badań mikroskopowych badania makroskopowe bywają mniéj ściśle uwzględniane, jak téż że te zboczenia na trupie bardzo łatwo przeoczyć można, ale i dla tego, że na stół sekcyjny dostają się przeważnie najniższe warstwy społeczne.

Z tych względów, dla ocenienia jak często pojawiają się nerki wędrujące, należy ilość tego rodzaju przypadków porównywać z ogólną ilością chorych. Tego jednak dotychczas nie czyniono, z wyjątkiem Rolleta (*Pathologie und Therapie der beweglichen Niere.* Erlangen, 1866), który w klinice między 5.500 chorymi znalazł 22 przypadki nerki wędrującéj, czyli 4 na 1000 chorych.

Co do moich spostrzeżeń to owe 35 przypadków nerki wędrującéj pochodzą z ilości 1.422 chorych, między którymi było 1.030 kobiet a 392 mężczyzn. Z tego wypada, że nerka wędrująca znacznie częściéj się zjawia, niż to nam wyka-

zują spostrzeżenia sekcyjne, które podają 1 na 1.000; albowiem Rollet, opierając się na spostrzeżeniach klinicznych, podaje 4 na 1.000, a u mnie w praktyce prywatnéj ten stosunek podnosi się do 24 przypadków nerki wędrującéj na 1.000 chorych.

W podobny sposób oceniać należy kwestyję, o ile częściéj nerka wędrująca występuje u kobiet niż u mężczyzn. Z moich spostrzeżeń okazuje się, że na 1.000 chorych kobiet spotyka się 31 przypadków z nerką wędrującą a na 1.000 mężczyzn tylko 8. Ten wypadek zgadza się z dotychczasowemi spostrzeżeniami, że u kobiet częściéj występuje nerka wędrująca niż u mężczyzn. Ale czy o tyle częściéj, jak Landau podaje, mianowicie 89:9 lub też w stosunku przezemnie podanym, mianowicie 31:8, na to jedynie odpowiedzieć można na podstawie większego zasobu liczb statystycznych niż go dotychczas posiadamy. Z góry uprzedzać się nie należy, ale sumiennie trzeba gromadzić materyjał. Wprawdzie wiele szczegółów przemawia za tém, że spodziewać się możemy częściéj tego zjawiska chorobowego u kobiet niż u mężczyzn; a z drugiéj strony wydaje mi się godném uwagi to, że u mężczyzn z jędrniejszemi w ogóle tkaninami, a tém samém powłokami brzusznemi, łatwiéj to cierpienie może pozostać nierozpoznaném.

Zarówno w podręcznikach jak też w ostatnéj pracy Landaua znajdujemy uwagę, że nerka wędrująca występuje przeważnie u osób z niższych warstw społecznych, a tylko Henoch (*Klinik der Unterleibs-Krankheiten*) opisuje 6 przypadków dostrzeżonych u ludzi z wyższemi stanowiskami. Przezemnie śledzone 34 przypadki nerki wędrującéj dotyczyły osób z wyższych warstw społecznych, a tylko jeden widziałem u wieśniaczki, u któréj lewa nerka, wraz z powiększoną i wysuniętą śledzioną, znajdowała się w pobliżu pępka. (Ten przypadek opisałem w pracy p. n. Przyczyny i wywód chorobowy niektórych przypadków zwątlenia żołądka i jelit. Pam. Tow. lek. warsz. 1878).

Pod względem częstszego osuwania się nerki prawéj niż lewéj znaczne okazują się różnice, jeżeli porównamy przypadki zebrane z literatury przez Landaua z mojemi spostrzeżeniami. Albowiem nerkę wędrującą prawą spostrzegałem u 19 osób, lewą u 11 osób, a obie u 5 osób, czyli w odsetkach dla prawéj byłoby 54%, dla lewéj 32%, dla obu nerek 14%, podczas gdy według Landaua odsetek dla nerki wędrującéj prawéj wynosi 88%, dla lewéj 7%, dla obu 5%.

Jeszcze mniejszą okaże się różnica między częstością osuwania się nerki prawéj a lewéj, gdy doliczymy te przypadki, w ktorych wystąpiło to zboczenie po obu stronach. W takim razie w moich przypadkach odsetek dla nerki prawéj będzie wynosił 60%, a dla lewéj 40%, podczas gdy u Landaua wynosi on dla nerki prawéj 88%, a dla lewéj 12%.

Po wykazaniu tylu i tak rozmaitych różnic między liczbami statystycznemi, zebranemi przez Landaua a liczbami otrzymanemi z méj praktyki lekarskiéj, mimowoli nasuwają się pytania: zkąd te różnice pochodzić mogą i gdzie leży prawda? Na to ostatnie pytanie odpowiem, że prawda leży pośrodku. Ani moje spostrzeżenia ani dotychczasowe spostrzeżenia wszystkich innych badaczy nie są dość liczne i dość wszechstronne, aby można z nich dzisiaj wysnuwać stanowcze wnioski. Mimo tego wszystkiego zdaje mi się, że nie powinienem milczeniem pomijać niektórych uwag, jakie mi się nasuwają nad tym przedmiotem, nietylko co do pytania pierwszego, ale w ogóle co do różnych zjawisk, które uważałem w owych 35 przypadkach.

Już na wstępie nadmieniłem, że prawie wszystkie osoby, przezemnie obserwowane, przybyły do Krynicy, aby się leczyć na różne inne choroby prócz nerki wędrującéj: takowe wykrywałem dopiero przy ścisłém badaniu jamy brzusznéj. Sądzę, iż usprawiedliwiony wysnuwam z tego wniosek, że owo rzadkie pojawienie się nerki wędrującéj trzeba po większéj części przypisywać nierozpoznawaniu tego cierpienia, zwłaszcza, że takowe w małéj tylko ilości przypadków sprawia choremu dość charakterystyczne uczucia, które przez wykluczenie odnieść musimy do nerki, a zazwyczaj wywołuje tylko takie dolegliwości, które łatwo można wyprowadzić z innych przyczyn. Dosyć często nerka wędrująca wcale nie dolega choremu, jak to już Walther uważał.

Przy ścisłém badaniu jamy brzusznéj prawą nerkę wędrującą łatwo jest rozpoznać osobliwie wtedy, gdy się raz podobny przypadek widziało, i gdy się ją rozpoznało choć w jednym przypadku. Jedyne pewniki otrzymuje się przez macanie i to najlepiéj obiema rękami, lubo i innych sposobów badania pomijać nie należy. Przy macaniu łatwo można odróżnić nerkę od wątroby, od pęcherzyka żółciowego, od kału, od nowotworu, a kierować się tu należy uczuciem zbitości dostrzeganego ciała, jego kształtem, jego ruchomością, oraz niemiłém uczuciem cierpienia, jakiego chory doświadcza przy uciskaniu nerki. Nerkę wędrującą prawą nawet wtedy można łatwo rozpoznać, gdy takowa co tylko wychyla się z pod łuku żebrowego. Często zsuwa się ona aż do *fossa iliaca*.

Rozpoznanie lewéj nerki wędrującéj jest trudniejsze niż prawéj, i daleko łatwiéj można albo przeoczyć to zboczenie albo też uważać je za obrzęk śledziony. Wielokrotnie dawniéj sam popełniałem ten błąd, a późniéj bacząc by go uniknąć, często w stanowczém rozpoznaniu doznawałem wielu trudności. Przyczyna tkwi raz w tém, że z pod łuku żebrowego wysuwającéj się śledziony lub nerki często od siebie odróżnić nie jesteśmy w stanie, a powtóre w tém, że nerka lewa obniżając się mniejszy zakreśla łuk niż prawa, albowiem jéj naczynia i nerwy, na których wisi, są krótsze niż nerki prawéj. Roberts (1852) znalazł przy obustronnéj nerce wędrującéj, iż naczynia prawéj były o $1\frac{1}{2}$ cm. dłuższe niż lewéj. Ztąd zapewne pochodzi, że mniéj oddala się ta nerka od śledziony, zwłaszcza obrzękłéj, niż nerka prawa od wątroby. Nerkę lewą raz tylko spostrzegłem w saméj *fossa iliaca*, a zawsze po nad takową.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Wiener (w Chełmnie n/W): **Methodik, Diagnostik und Technik bei gerichtsärztl. Obductionen menschlicher Leichen,** Stuttgart 1882, F. Enke, in 12, str. 223 i 6 tablic.

Podobnych dzieł nie brak w piśmiennictwie niemieckiém. Pomijając prace dawniejsze, przypominamy dziełka wyszłe w ostatniém dziesięcioleciu Leuffena i Mittenzweiga, które oceniliśmy w Przeglądzie Lekarskim (1875, Nr. 23 i 1877 Nr. 45). Pierwsze z nich opracowane było na podstawie dawnego regulaminu pruskiego, stało się więc nie-

pożyteczném w skutek ogłoszenia nowego regulaminu; ostatnie uwzględniło regulamin w Prusiech dotąd obowiązujący, zdawało się więc, że na czas dłuższy odpowie potrzebie. Tymczasem d. 9 grudnia 1880 r. wyszła nowa instrukcyja dla lekarzy sądowych w Bawaryi, pod wieloma względami różniąca się od pruskiéj, nadto nauka w ostatnich kilku latach poczyniła znaczne postępy; licząc się więc z temi faktami Dr. Wiener, fizyk obwodowy w Chełmnie, przystąpił do napisania swego dziełka.

Jeżeli już z natury rzeczy wypływa, że podobne prace nie mogą sobie rościć pretensyi do samodzielności, to nadto godło autora „Ldota comuli, collata refero" uwalnia go wprost od zarzutu pretensyjonalności. Podaje on wprost autorów z których czerpał, a otwartość ta nie pozbawia go wcale zasługi, że zręcznie zestawił i ułożył wszystko, co lekarza sądowego tylko obchodzić może, a zwłaszcza dla mniéj wprawnego jest bardzo pożądaném.

Dziełko rozpada się na 3 główne działy: na metodykę, zmiany patologiczne i technikę. Po uwagach treści ogólnéj przechodzi autor szczegółowo do sposobu wykonywania sekcyj sądowych, wszędzie uwzględniając przepisy pruskie i bawarskie; w części patologicznéj podaje nader treściwie wszystkie ważniejsze zmiany anatomiczne, z któremi lekarz sądowy przeważnie liczyć się winien, w części technicznéj wreszcie podaje wskazówki praktyczne, osobno uwzględniając postępowanie w otruciach i w dochodzeniu śmierci noworodków. W dodatkach znajdujemy analekty, odnoszące się do najważniejszych kwestyj sądowo-lekarskich, jak np. otrucia, uduszenia, dzieciobójstwa itd. Wreszcie instrukcyje pruska i bawarska prawie dosłownie są podane. Tablice (6) wyjęte są z atlasu Heitzmanna.

Z powodu obfitéj treści możemy polecić dziełko niniejsze lekarzom sądowym nietylko niemieckim, ale i w innych krajach praktykującym, bo jakkolwiek przepisy dla obducentów sądowych różnią się w rozmaitych krajach, jednak zasady główne wszędzie są jedne i te same a wskazówek praktycznych znajdzie każdy podostatkiem w dziełku Wienera.

L. Blumenstok.

Prof. Włodzimierz **Brodowski**: **Przyczynek do anatomii patologicznéj wątroby.**

Autor już dawniej opisując przypadek t. zw. ostrego zaniku wątroby (*Virchows Archiv* Tom 70) stanowczo bronił zdania, że sprawa ta chorobowa jest w istocie miąższowém zapaleniem wątroby, objawiającém się początkowo rozrostem i znaczném mnożeniem się komórek wątrobowych a następnie szybkim zanikiem i rozpadem pierwocin ztąd powstałych.

Dokładniejsze badanie rozmaitych innych zmian chorobowych wątroby przekonały autora, że zapalenie miąższowe w rozmaitych stopniach natężenia jest sprawą nierównie pospolitszą, a mianowicie, że zmiany jakie znajdujemy w wątrobie w przypadkach ciężkiéj żółtaczki, tudzież towarzyszące chorobom zakaźnym jakoto szczególnie gorączce połogowéj, tyfusem brzusznym i wysypkowym, ospie i zakażeniu gnilném krwi *(septichaemia)* a znane obecnie pod nazwą mętnego pęcznienia *(trübe Schwellung)* w istocie są skutkiem spraw zapalnych w miąższu wątrobowym. Nakoniec wykazuje autor, że marskość wątroby *(cirrhosis hepatis)* powstaje nietylko w skutek przerostu zapalnego tkanki łącznéj międzyzrazikowéj, lecz że téj chorobie towarzyszą także samoistne zmiany w komórkach wątrobowych, które z natury swéj winne być zaliczone do spraw zapalnych miąższowych.

W tych wszystkich sprawach bujanie i rozmnażanie się komórek wątrobowych najważniejszą odgrywa rolę. Rozpoczyna się ono u obwodu zrazików i objawia nietylko przez to, że liczba komórek wzrasta na koszt ich wielkości, ale nadto wzajemny ucisk bujających pierwocin sprawia, że krokiewki komórkowe zrazików stają się powyginanemi, przestrzenie naczyniowe zwężonemi, a same pierwociny ściśnięte przyjmują kształt krążków. Już przez to samo zraziki się powiększają a ich granice się zacierają, skoro bujanie rozpoczyna się i na żywych odbywa na obwodzie zrazików. Jeszcze w wyższym stopniu budowa zrazikowa wątroby ginie, gdy bujające pierwociny wątroby niekiedy wśród drobnokomórkowéj infiltracyi ulegają rozmaitym przemianom, jakoto nacieczeniu kroplistym tłuszczem, przeobrażeniu tłuszczowemu szklistemu, co ostatecznie prowadzi do zaniku w mniejszym lub większym stopniu.

Nawet w tyfusie oprócz zmian ogniskowych, które wprawdzie zwykle powstają z infiltracyi drobnemi komórkami ciałek białych krwi, lecz także czasami niewątpliwie w skutek proliferacyi komórek wątrobowych, autor konstatuje także rozlane sprawy zapalne w wątrobie.

Autor sądzi, że zmiany napotykane w wątrobie w tych wszystkich chorobach nie zależą po prostu tylko od podwyższonéj ciepłoty krwi, lecz raczéj od szkodliwości, pod wpływem których powstaje ta ogólna choroba. Zresztą nie chce rozstrzygać, czy owe bakteryje, które zwłaszcza w tyfusie znajdował w wątrobie w wielkiéj ilości, są przyczyną sprawy chorobowéj. Może być, że przynajmniéj w tyfusie brzusznym rozpad zakrzepów w naczyniach jelita oddziaływa na zmiany w wątrobie. (Pamiętnik Akad. Umiej. krak. Wydz. mat przyrod. T. VII). *Kadyj.*

Hans **Schmid**: **Doświadczenia z częściowém wycięciem płuc.**

Równocześnie z A. Glückiem, niewiedząc jeszcze jednak o jego pracy, robił autor częściowe wycięcia płuc na ośmiu psach; wycinał kawałki od wielkości żołędzi aż do połowy jednego płatu. Trzy operacyje były uwieńczone pomyślnym skutkiem. Pięć psów zginęło, a mianowicie: jeden w pół godziny po operacyi, wśród drgawek skutkiem zatrucia kw. karbolowym, inne zginęły po 2, $2\frac{1}{2}$ i 5 dniach, a wszystkie z braku opatrunku przeciwgnilnego, skutkiem ropnego zapalenia opłucny. Jeden pies przetrwał szczęśliwie nawet powtórne wycięcie płuca.

Wnioski ze swoich doświadczeń streszcza autor jak następuje: 1) trudności przy operowaniu płuc dadzą się przezwyciężyć, 2) operacyje na płucach w ogóle wykonywać się dadzą, 3) Krwotoków przy operacyi ustrzedz się można.

Wycięcie kawałka płuc robił autor również na zwłokach ludzkich zwłaszcza suchotników, i podaje następny sposób operacyi. Wycina 2gie i 3cie żebro od nasady mostka na długość 10cm. pozostawiając okostną, przebija opłucną żebrową i wchodzi najpierwéj jednym palcem do klatki piersiowéj, odrywając zrosty toruje sobie miejsce dla całéj ręki. Uwolniwszy w ten sposób kawał płuca od przyczepów, wydobywa go na zewnątrz, aby można podwiązać i operować na zewnątrz klatki piersiowéj.

Te doświadczenia skłoniły autora do dalszych wniosków: 1) Stosunki operacyjne zdrowych płuc ludzkich są takie same jak u psa, 2) Wycięcia płuca dokonać można pomimo rozległych zrostów i trudności technicznych. (*Berlin. klin. Woch.* 1881, Nr. 51). *Dr. Murdzieński.*

Dr. Mader: **O faradyzacyi narządów wewnętrznych a zwłaszcza śledziony.**

Zachęcony świetnemi skutkami opisywanych przypadków próbował M. niejednokrotnie faradyzacyi w chorobach żołądka i kiszek; niestety niemógł dostrzedz żadnego pożądanego kurczenia się żołądka pod wpływem prądu. Toż samo bywało z zastosowaniem faradyzacyi do śledziony, ponieważ jednak tu i owdzie dawało się spostrzedz zmniejszenie śledziony, nie zaniechał prób dalszych. Osłabionéj już jednak wierze autora w ten sposób leczenia zadał ostatni cios następujący przypadek. Dnia 13 października przybył do szpitala parobek, węgier, który przed kilkunasty laty przebywał zimnicę, w przeciągu ostatniego roku doznał powtórnego napadu. Śledziona sięgała do łuku żeber, z przodu do linii sutkowéj, ku górze do 7go żebra, z tylu do kręgosłupa. Po kilku dniach leczenia chinidynem, *Tr. eucalypti*, można ją było przy wdechu wymacać pod łukiem żebrowym. Dnia 21 listopada przy niezmienionym obrzęku śledziony oznaczono granice azotanem srebrowym i pędzlem faradyzacyjnym drażniono okolicę śledziony przez kilka minut, następstwem tego było natychmiastowe zmniejszenie się stłumienia na szerokość palca z dołu i od wewnątrz. W następnych dniach wypełniała śledziona oznaczone granice tak przed jak i po faradyzacyi. Czwartego dnia zmniejszyła się śledziona w tych samych kierunkach na szerokość dwóch palców. Następna faradyzacyja bez skutku. Przez kilka dni zaniechano wszelkiego leczenia, a pośród tego pokazało się jednego dnia, że śledziona zmniejszyła się zupełnie tak samo jak po faradyzacyi. Autor sądzi, że nie zmniejszenie śledziony lecz zmiana jéj położenia gra główną rolę. Zmiany takie spostrzegł autor w durzycach, dość często a pozorne zmniejszenie za pomocą wypuku wykazane utrudniało macanie. *(Bericht der Krankenanstalt Rudolfstiftung, Wiener med. Bl.* 1881, Nr. 31).

Dr. Murdzieński.

Buchner: **Przyczynek do nauki o wpływie wyskoku na trawienie w żołądku.**

Sprzeczne zdania zwolenników i przeciwników wyskoku (rozumie się naukowych) pochodzą z braku odpowiednich doświadczeń, a sprawa cała polega na rozumowaniach. Tu i owdzie robiono doświadczenia na zwierzętach, to znowu pojedynczy przypadek przetoki żołądka u człowieka służył za podwalinę opisu całego szeregu działań fizyjologicznych wyskoku. Chęć autora, aby tę sprawę rozjaśnić, poparł dogodny sposób robienia doświadczeń, a mianowicie niedawno w klinice Leubego wprowadzone przeplukiwania żołądka za pomocą lejka i rury gumowéj. Chcąc zamierzoną pracę gruntownie zbadać, podzielił autor doświadczenia na dwa zadania: działanie wyskoku na trawienie sztuczne i na trawienie w żołądku. Pierwsze odbywało się w następujący sposób: do rozczynu złożonego z 20 cm. sz. wody destylowanéj, 2 kropli kwasu solnego i 1 cm sz. w glicerynie zawartéj pepsyny, wrzucano 0·1 grama białka z ugotowanego jaja kurzego. W rozczynie tym, przy ciepłocie 40° C., białko strawiło się po 6 godzinach zupełnie. Następnie dodawano wyskoku, postępując stopniowo do większych ilości. Wynik był następujący: działanie pepsyny po dodaniu 10% rozczynu wyskoku zostało upośledzone, po 20% wyskoku ustało zupełnie.

Z powodu że napoje, jak piwo i wino, posiadają prócz wyskoku inne jeszcze części składowe, poddano je osobnemu badaniu. Dodatek piwa, zawierającego 3% wyskoku, powstrzymywał to sztuczne trawienie zupełnie, rozwodnione piwo sprawiało tylko opóźnienie. Szukając przyczyny tego zjawiska między składnikami piwa, jak w chmielu i jego pierwiastkach, w kwasach: mlecznym i octowym, oraz w solach, przeważnie fosforanach magnezyi, potasu i wapna, przekonał się, że właśnie te ostatnie, łącząc się z wolnym kw. solnym, przeszkadzają trawieniu. Wina białe, zawierające przeciętnie 10% wyskoku, opóźniały trawienie, mniéj jednak niż wina czerwone i węgierskie, znacznie gorzéj wypadła próba z winami południowemi, mianowicie zaś „wino zdrowia“ Marsala tamowało trawienie zupełnie. Pewnéj przyczyny tego zjawiska nie mógł autor dociec, obwinia jednak bukiet we winach będący, jako przyczynę utrudniającą trawienie. Po ukończeniu tych, jakoby przygotowawczych, prac, zestawia autor doświadczenia na ludziach. Doświadczenia były czynione w ten sposób, iż osoby mające być badanemi jadły o 12 godzinie obiad, złożony z zupy, beafsteaku z chleba wraz z pewną ilością piwa lub wina, poczém o godzinie 6téj wypłókano im żołądek i dozwolono obfitéj wieczerzy. Po każdém doświadczeniu z winem lub piwem badano trawienie bez dodatku napojów wyskokowych.

Wyniki tych doświadczeń, w tablicach ułożone, wykazują, że mierne ilości piwa lub wina opóźniają cokolwiek trawienie, większe ilości czynią to wyraźniéj, zbyt duże upośledzają je zupełnie.

Działanie wyskoku na trawienie w zdrowym żołądku daje oczywiście lepsze wyniki, niż po trawieniu sztuczném, uwzględnić tu bowiem trzeba, iż wyskok zostaje w znacznéj ilości wessany, a pepsyna i kw. solny wydzielają się ustawicznie w soku żołądkowym. Gdy jednak mamy do czynienia z przewlekłym nieżytem żołądka, zwłaszcza skutkiem nadużycia napojów wyskokowych, wówczas trawienie upośledzone zbliża się we wynikach do trawienia sztucznego. Podawanie wyskoku w nieżytach żołądka zasługuje z tego powodu na szczególną baczność.

Zestawiając wszystkie badania, dochodzi autor do następujących wniosków:

1) Rozczyn wyskoku do 10% nie wywiera żadnego wpływu na trawienie sztuczne. 2) Rozczyn 20% opóźnia je znacznie. 3) Wyższe ilości niszczą trawienie zupełnie. 4) Piwo nierozcieńczone niszczy trawienie, zupełnie rozcieńczone opaźnia je. 5) Ten sam skutek sprawiają wina czerwone i słodkie, wina białe sprawiają opóźnienie. 6) Piwo upośledza zwyczajne trawienie w żołądku. 7) Toż i wino. 8) W obec upośledzonéj czynności soków żołądkowych działanie piwa lub wina może się przyczynić do zupełnego ustania trawienia. *(Deutsch. Arch. f. klin. Mediz.* B. 29, 5 i 6 H.) *Murdzieński.*

J. Bischoff: **Infuzyja alkalicznego roztworu soli kuchennéj do tętnicy, w obec grożącéj śmierci z ujścia krwi.**

W klinice położniczéj w Bazylei odbył się trudny poród pierwiastki, połączony z obfitym krwotokiem. Chora leżała w zapadzie, mimo użycia wszelkich środków orzeźwiających. Idąc za doświadczeniami Schwarza, przygotowano 0.6% rozczyn soli kuchennéj z dodatkiem kilku kropli ługu potasowego. Następnie odsłonięto lewą tętnicę promieniową, a podwiązawszy ją od środka zrobiono otwór, w który włożono cewkę kauczukową. Cewkę zaś połączono zapomocą rury gumowéj, (wymoczonéj poprzednio w rozcieńczonym kw. siarkowym) z lejkiem szklanym, trzymając go w wysokości 60 cm. po nad ramieniem. W przeciągu godziny

wpłynęło 1250 gr. rozczynu; stan choréj znacznie się polepszył, tętno zeszło ze 156 na 122, niepokój ustąpił. Obawiano się jeszcze o życie choréj z powodu przy porodzie powstałego zapalenia okołomacicznego, jednak i te objawy ustąpiły późniéj. Rana w miejscu podwiązania zagoiła się przez bezpośrednie zrośnięcie, chora wyszła zdrowa. Nie ulega wątpliwości, że gasnące życie choréj ocaliło wprowadzenie roztworu soli kuchennéj.

Z opisu tego wysnuć można następujące wnioski: 1) Infuzyja naraża na mniejsze niebezpieczeństwo niż przetoczenie krwi, 2) można ją wykonać z większą łatwością, w obec niemożebnego czasem dostania krwi i z mniejszą stratą czasu. (*Ctrbltt f. Gynäk.* 1881, Nr. 23).

Dr. Murdzieński.

Seifert: **Przyczynek do leczenia tasiemca.**

Mimo coraz to nowszych środków czerwiogubnych musimy wyznać, że częściéj doznajemy smutnego zawodu niż zadowalającego wyniku po ich zastosowaniu. Kousso, Kamala, *Cortex punicae granati* itd. wcale nie odpowiedziały nadziejom w ich skuteczność pokładanym.

Seifert, asystent kliniki w Würzburgu, zaleca na nowo dawno znany eteryczny wyciąg paproci samczéj. W klinice prof. Gerhardta stosowano lek ten w sześciu przypadkach z nader korzystnym wynikiem. Dotychczasowe częste niepowodzenia przy stosowaniu tego środka tłumaczy Seifert za małą dawką, a przedewszystkiém złém przyrządzeniem preparatu.

W klinice prof. Gerhardta podawano zwykle po południu purgans, poczém dnia następnego rano filiżankę czarnéj kawy czystéj, a mniéj więcéj w godzinę 15 gramów *Extr. fil. mar. aether.* w kapsułkach gelatynowych. Po upływie godziny dawano 1—2 łyżek oleju rącznikowego. W dwóch przypadkach znaleziono w stolcu po kilka tasiemców. Mianowicie w jednym przypadku, u 28-letniego ślusarza, już w dwie godziny po podaniu leku odszedł jeden cały, dorosły tasiemiec, którego rozpoznano jako *Taenia saginata*, a oprócz tego kłębek złożony z 12 *Taeniae solium*, w stanie nie zupełnie wykształconym, t. j. z głową i częścią szyjną. W drugim przypadku u rzeźnika 25-letniego w $1^1/_2$ godziny po użyciu leku znaleziono w stolcu 12 tasiemców *(Taenia solium)* całkowicie dorosłych, wszystkie z głowami. W jednym przypadku nie można było odszukać głowy. Po sześciu tygodniach pacyjentka powróciła do szpitala z *Angina diphtheritica*. Najściślejsze kilkunastodniowe poszukiwania za jajami lub członkami tasiemca w stolcach choréj dały wyniki ujemne. Ponieważ, w razie pozostania głowy, tasiemiec potrzebuje do zupełnego znów wykształcenia 8 do 10 tygodni (co najwyżéj), więc i ten przypadek należy uważać za wyleczony. W jednym przypadku chora nie mógła znieść 15 gramów wyciągu paproci, i po 10 gramach dostała nudności i mdłości, lecz bez wymiotów. Mimo to jednak i w tym przypadku otrzymano całego tasiemca.

W końcu podaje Seifert sposób, w jaki można otrzymać najskuteczniejszy wyciąg eteryczny paproci. Według tego sposobu sporządza lek ten Kremer, aptekarz w Würzburgu i dostarcza go klinice prof. Gerhardta. Korzenie *Aspidium filix mas* należy zbierać na wiosnę lub w jesieni (w maju lub październiku), wybierać tylko zielone i soczyste, uwolnić od osłonki zwierzchniéj, pokrajać na drobne kawałki i za świeża zaraz nalać dobrym eterem, do którego dodano trochę wyskoku. Całą masę należy przechowywać w chłodném miejscu w naczyniu dobrze zamkniętém. Przed użyciem należy wziąść potrzebną ilość, eter przez destylacyję oddalić, aby wyciąg miał odpowiednią konsystencyję. Napełnienie torebek gelatynowych na pół płynną masą nie przedstawia żadnych trudności. (*Wiener med. Wochenschrift* 1881, Nr. 49).

Dr. Kopff.

R. Volkmann: **O porażeniach mięśni i skurczeniach mechanicznych.**

Już przed kilku laty wypowiedział V. zdanie, że porażenia mięśni i następowe ich skrócenie, występujące po założeniu zbyt mocno uciskających opasek, nie są następstwem porażenia odpowiednich nerwów, lecz jedynie wywoływane są przez rozpad włókien mięsnych, którego przyczyną jest brak krwi tętniczéj, a występujący przy tém zastój krwi żylnéj tylko przyspiesza obumarcie włókien mięsnych. Pod wpływem tych dwóch szkodliwości istota kurczliwa krzepnie, rozpada się i ulega wessaniu, a występujące następowo skurczenie mięśnia uważać można niejako jako tężec pośmiertny. To téż odnogi dotknięte tą chorobą przybierają położenie takie same, jak je widzimy na trupach wkrótce po śmierci.

Cechującém jest także, że porażenie i skrócenie mięśni zdziałane przez źle założoną opaskę występuje prawie równocześnie, podczas gdy mięśnie porażone przez uszkodzenie odpowiedniego nerwu ulegają skróceniu dopiero po czasie bardzo długim.

Natomiast skrócenia mięśni wywołane przez brak krwi tętniczéj odznaczają się bardzo znacznym oporem, jaki natrafiamy przy usiłowaniach przywrócenia mięśnia do prawidłowéj długości.

Choroba ta wywołana bywa zwykle przez zanadto uciskające opatrunki, ale może ona także wystąpić po zbyt długiém działaniu opaski Esmarcha, po podwiązaniach i rozerwaniach większych naczyń, a prawdopodobnie także po długiém działaniu zimna.

Rokowanie w tego rodzaju porażeniach i skróceniach mięśni zależy jedynie od ilości obumarłych włókien mięsnych. Ciężkie przypadki, jakie wystąpić mogą już po kilku lub kilkunastogodzinném działaniu bardzo mocno uciskającéj opaski, są całkiem nieuleczne, zwłaszcza na odnogach górnych, gdyż na dolnych możemy przez tenotomiję usunąć główny objaw chorobowy, tj. skrócenie mięśnia. — Jedynym środkiem, po jakim możemy się spodziewać dobrego skutku w wzmiankowanym stanie chorobowym, jest leczenie mechaniczne; a zatém zaraz w świeżym przypadku należy, po zachloroformowaniu chorego, naciągnąć skurczony mięsień choćby za użyciem jak największéj siły. W przypadkach zastarzałych i to postępowanie nie prowadzi do skutku, gdyż pierwéj kość się złamie, lub ścięgno rozerwie, niż skurczony mięsień podda się działającéj nań sile. (*Centralbl. für Chir.* 1881, Nr. 51).

Dr. Schramm.

H. Schmidt: **O nakłóciu klatki piersiowéj za pomocą przyrządu lewarowego**

Do wypuszczenia płynu z klatki piersiowéj używane są dotąd powszechnie narzędzia zbudowane na zasadzie pompy ssącéj a z nich najbardziéj znane są aspiratory Potaina i Dieulafoya. W najnowszych jednak czasach odzywają się głosy za porzuceniem tych narzędzi o wysokiéj sile ssącéj a używaniu prostego przyrządu lewarowego, który zupełnie

wystarcza do osiągnięcia zamierzonego celu, a nadto odznacza się łatwém użyciem, taniością i zupełném bezpieczeństwem w zastósowaniu.

Według doświadczeń Leydena wszystkie wypociny w początku punkcyi pozostają pod ciśnieniem dodatniém, jakie na płyn wywierają ugniecione płuca, wyparte z swego położenia, wnętrzności i naprężona ściana klatki piersiowéj. Dodatnie to ciśnienie wystarczyłoby do wydalenia płynu aż do ostatniéj kropli, gdyby istniejące prawie zawsze zrosty nie stawiały mniejszéj lub większéj przeszkody. Teraz więc dopiero siła ssąca rozwija swe działanie, sprowadzając w klatce piersiowéj ciśnienie ujemne. Jednak doświadczenia przekonywają, że ciśnienie to dochodzi najwyżéj do—42mm.Hg., przy użyciu nawet znacznie większéj siły ssącéj nie wychodzi ani kropla cieczy z klatki piersiowéj, chyba że rozerwane zostaną istniejące zrosty. Ponieważ jednak tak znaczna siła mogłaby wywołać niebezpieczne skutki, zatém narzędzie, które potrafi wywrzeć siłę ssącą nieco większą niż—42 mm. Hg. zupełnie odpowiada swemu celowi. Takiém narzędziem jest właśnie lewar. Ciśnienie bowiem 42 mm. rtęci odpowiada słupowi wody na 567 mm. wysokiemu. Jeżeli więc klatka piersiowa chorego znajduje się jak zwyczajnie 1 metr nad podłogą, to mamy dosyć miejsca, aby przez obniżanie lejka lewaru wywrzeć potrzebną siłę ssącą. Przytém możemy łatwo zwalniać i przyspieszać odpływ cieczy unikając owych gwałtownych wahań ciśnienia, które np. nawet przy ostrożném używaniu aspiratora Dieulafoya wynosi 100—200 mm. Hg. Za pomocą zwykłego przyrządu lewarowego można téż oddalać strzępy błon, jeżeli tylko użyjemy do punkcyi nieco grubszego trójgrańca, zatykające skrzepy włóknika można łatwo usunąć przez wpuszczenie nieco cieczy napowrót do klatki piersiowéj, a wszystko to odbywa się zupełnie bezpiecznie i bez narażenia chorego na jakiekolwiek nieprzyjemności. *(Berl. klin. Wochenschr.* 1881, 52). *Dr. Schramm.*

R. Wittelshöfer: **Nowe narzędzie do operowania stulejki.**

Praktyczne to narzędzie składa się z 7 do 8 cm. długiego zgłębnika rowkowanego, rozkładające się wzdłuż swéj rynienki na dwie połowy. Po obu stronach zgłębnika znajduje się pręt poruszalny na zawiasce tak, że da się ustawić równolegle do brzegu zgłębnika i w tém położeniu ustalić za pomocą śruby. Sposób użycia tego narzędzia jest następujący:

Po wsunięciu zgłębnika pod napletek przysuwa boczne pręty tak, aby ujęty między nie a boki zgłębnika napletek był dosyć mocno uciśnięty, i ustala się je w tém położeniu za pomocą śruby. Teraz przecina się napletek na zgłębniku, następnie rozkłada się tenże na dwie połowy w końcu zespaja się po obu stronach blaszkę wewnętrzną i zewnętrzną napletka kilkoma szwami, poczém oddala się każdą część narzędzia osobno.

W ten sposób wykonać można tę małą operacyję zupełnie bezkrwawo i nawet u niespokojnych dzieci dadzą się bez narkozy założyć szwy zupełnie dokładnie. *(Centralblatt für Chir.* 1881, Nr. 51). *Dr. Schramm.*

Dr. Hessler: **O śmierci z ostrego otrucia fosforowego.**

Rozprawa niniejsza nie jest oryginalną pracą, lecz kompilacyją; mimo to nie można jéj odmówić pewnego znaczenia, z powodu, że autor starannie zestawił literaturę sądowolekarską o otruciu fosforowém, począwszy od pierwszego przypadku, który stał się przedmiotem dochodzenia sądowego, a który ogłoszony został w r. 1839 przez Schneidera, aż do najnowszych czasów. Podawszy wszystko, co dotąd ogłoszoném zostało, jak najtreściwiéj ale wyczerpująco, i uporządkowawszy wszystkie szczegóły w miarę, czy odnoszą się do objawów po otruciu za życia występujących, do zmian pośmiertnych, do badania chemicznego lub okoliczności pobocznych, autor na podstawie całego obfitego materyjału dochodzi do następujących wniosków:

1) Wystąpienie pierwszych objawów otrucia nie tyle zależy od ilości i postaci fosforu, ile raczéj od osobniczéj odporności i przypadkowéj treści żołądka.

2) Żółtaczka towarzyszy stale ostremu otruciu fosf., występuje ona najczęściéj w ciągu 3go dnia choroby; częściéj mamy do czynienia z *Icterus hemat ogenus* aniżeli z *hepatogenus.*

3) W każdym przypadku ostrego otrucia *Gastroadenitis* Virchowa znachodzi się.

4) Nie ma uderzającéj różnicy pomiędzy ostrém otruciem fosforowém a ostrym zanikiem wątroby, ani w początkach, ani w dalszym ciągu choroby, ani pod względem zmian anatomicznych w wątrobie, ani pod względem wyniku chemicznego badania moczu. Im więcéj jednak okoliczności przemawia za jedném z tych cierpień, tém bezpieczniéj wykluczyć można drugie.

5) Według zestawienia statystycznego przewaga mięśni odnóg dolnych pod względem tłuszczowego zwyrodnienia przyrządu mięśniowego cechuje otrucie fosforowe.

6) W ostrém otruciu fosforowém krew jest rzadszą i czarno-czerwoną, wynaczynionki (najczęstsze w trzewach piersiowych) w poszczególnych organach nie równo są rozmieszczone. Obie zmiany są bezpośredniemi następstwami zmian chorobowych w sercu, wątrobie i nerkach, wywołanych przez otrucie fosf.

7) Dochodzenia chemiczne na zwierzętach czynione, które otrute zostały fosforem i przez czas pewien pochowane były w ziemi, wykazały, że sprawy utleniania się fosforu nie tyle zależą od długości czasu, ile raczéj od obfitości gruntu w powietrze i tlen, które fosfor zamienia na kw. fosforowy.

8) Chemiczne wykazanie fosforu nie jest niezbędnym warunkiem do stwierdzenia śmierci zatrucia; należy ją przypuścić z prawdopodobieństwem a nawet z pewnością, jeżeli w danym przypadku reszta dowodów za tém przypuszczeniem przemawia i niedopuszcza innego rozpoznania. *(Viertelj. f. ger. Medicin*, Zeszyt październ. z r. 1881 i styczniowy z r. 1882). *L. B.*

I. Fodor: **Nowy sposób badania zanieczyszczania powietrza tlenkiem węgla.**

A. H. Smee: **Nowy sposób wykrywania amoniaku i innych zanieczyszczeń powietrza.**

Jedném z głównych zadań, jakiemi się obecnie higijeniści zajmują, jest wyszukanie metod, któreby o ile możności ułatwiły wykrywanie zanieczyszczeń powietrza, a tym sposobem o ile możności usuwały szkodliwe wpływy tego żywiołu do życia niezbędnego, a będącego tak często pośrednikiem w przenoszeniu gazów trujących i chorobowych przyrzutów.

Z wielu prac, które się pojawiły w drugiéj połowie ubiegłego roku, zdają mi się dwie powyższe zasługiwać na uwagę Czytelników Przeglądu Lekarskiego. Odznaczają się one obie wielką praktycznością i łatwością w zastosowaniu.

Dotychczasowe badania, kontrolujące metodę Fodora wykrywania i oznaczania tlenku węgla w powietrzu, uznały ją za dającą zupełnie dokładne wyniki.

Metoda Fodora polega na własności hemoglobiny łączenia się z tlenkiem węgla i uwalniania tegoż przy ogrzaniu. Do dużéj kolby lub balonu, obejmującego 10 lub 12 litrów, daje się pewną nie wielką, miernie rozcieńczoną ilość krwi świeżéj, i przez 15 do 20 minut kłóci się z powietrzem badaném lub téż takowe za pomocą rurki przeprowadza się przez krew. Następnie daje się krew do probierki i kłóci się z siarczkiem amonu. Krew, nie zawierająca tlenku węgla, okaże się teraz w świetle przepuszczoném fijołkową, zawierająca zaś CO będzie charakterystycznie czerwono zabarwioną. Aby teraz oznaczyć ilościowo tlenek węgla, znajdujący się w krwi powyższéj, należy ją dać do małéj kolbki, szczelnie zamkniętéj dobrze przystosowanym korkiem, przez który prowadzą dwie szklane rurki. Jedna z nich, sięgająca na dno naczynia, służy do przeprowadzenia przez krew prądu czystego powietrza, druga, mało po za korek wystająca, służy do prowadzenia tegoż powietrza do dalszych części przyrządu. Z rurką drugą, wyprowadzającą, stoją w związku dwie opłuczki. Z tych jedna zawiera rozczyn octanu ołowiowego, druga rozcieńczony kwas siarkowy. Z opłuczek tych wchodzi powietrze do jednéj lub dwóch rurek w kształcie litery U, w których znajduje się obojętny rozczyn chlorku paladowego. Chlorek paladowy najłatwiéj przyrządzić w następujący sposób. Kupny chlorek paladowy rozpuszcza się w kwasie chlorowodowym, rozczyn się odparowuje, pozostałość zwilża się wodą przekroplaną i suszy. Z wysuszonéj pozostałości wyciąga się małą ilością wody obojętny chlorek paladowy. Wyciąg ten stosownie się rozcieńcza.

Skoro już mamy zestawiony cały przyrząd, dajemy kolbkę, krwią napełnioną na łaźnię wodną, ogrzewamy do 90 lub 95°C., kłócąc często. W czasie tego przeprowadzamy przez krew strumień czystego powietrza. Skoro tylko krew zacznie wrzeć, tlenek węgla się uwalnia z hemoglobiny. Uwidocznia się to przez znikanie czerwonéj barwy krwi. Uwolniony tlenek węgla przechodzi przez opłuczki do rozczynu chlorku paladowego, z którego wydziela metaliczny palad, jako osad czarny. Skoro już krew się odbarwiła, a osad się więcéj nie tworzy, zbieramy wydzielony palad, obmywamy i rozpuszczamy w wodzie królewskiéj. Z rozczynu miareczkujemy go teraz jodkiem potasu. Zwykle używa się rozczynu 1,486 g. jodku potasu na 1 litr wody. Z wiadoméj ilości wydzielonego paladu łatwo obrachować ilość tlenku węgla, zawartego we krwi. Obrachunek wykazał, że jeden sześć. cent. powyższego rozczynu jodku potasu odpowiada 0,10 sześć. cent. tlenku węgla. (*Deutsche Vierteljahresschrif f. öff. Gesundheitspflege* 12, 377).

Według Grubera metoda Fodora daje znakomite wyniki, jeżeli krew zaraz po przeprowadzeniu powietrza badanego daje się do małéj, szczelnie zamkniętéj kolbki i przez 3 do 4 godzin ogrzewa, i przeprowadza się czyste powietrze. Tym sposobem można wykazać według Grubera jeszcze 0.005% tlenku węgla. Szkodliwość tlenku węgla, zdaniem Grubera, zdaje się dopiero występować, jeżeli powietrze zawiera go 0.05%, a przynajmniéj 0.02%. Piece żelazne niemogą więc według tego być szkodliwe, nawet, choćby się ściany do czerwoności rozżarzyły. Gruber badał powietrze umyślnie zanieczyszczane tlenkiem węgla co do ilości tegoż. Tylko raz wykazał go większą ilość, a to po wprowadzeniu do pokoju gazu do palenia. Charakterystyczna woń gazu dawała się już czuć, gdy powietrze zawierało co najwyżéj 0.003% CO, a zatém ilość, jakiéj metodą Fodora nie można jeszcze oznaczyć. Nos więc jest czulszym odczynnikiem na gaz, niż reakcyja chemiczna. (*Sitzungsberichte d. math. phys. Classe d. k. b. Akademie d. Wiss. 1881. d. 203. Fresenius Ztschrft. XX. 575*).

A. H. Smee podaje następujący bardzo prosty przyrząd. Lejek szklany wyciąga się ostro. Na spód daje się kawałek czystego lodu Para wodna z otaczającego powietrza zagęszcza się i opada w postaci kropli na ścianach wewnętrznych lejka, i spada do podstawionéj szalki. Skraplająca się para wodna zabiera z powietrza amonijak i inne domięszane ciała, które potém można łatwo wykryć a nawet oznaczyć. Za pomocą takiéj zimnéj destylacyi można także zagęścić ciała lotne, rozkładające się przy wyższéj ciepłocie, olejki lotne i eteryczne, woń kwiatów itp. *(Suggestions as to lines for future research. London 1881. Fresenius Ztschrft. XX. 578)*. Zdaje mi się, że należałoby robić próby z tym przyrządem w szpitalach i klinikach, gdzie się znajduje więcéj chorych z chorobami zakaźnemi, a może trud opłaciłby się jakiemi nowemi spostrzeżeniami. Para wodna skraplająca się zabiera także zanieczyszczenie powietrza stałe, pyły, zarodki grzybków itp. *Dr. Kopff.*

Dr. Vacher F.: **Jakie choroby można przenieść ze zwierząt na ludzi przez jedzenie mięsa.**

Różne są zdania co do szkodliwości mięsa ze zwierząt chorych; zgodność zupełna panuje tylko co do niektórych chorób, mianowicie wywoływanych przez pasorzyty. Oprócz tasiemca i włośnia, dających się stanowczo przenosić na ludzi, przytacza V. następujące choroby jako zaraźliwe: 1) zarazę bydlęcą; 2) dur świń; 3) zapalenie płuc epizootyczne, 4) zarazę pyskową i racicową; 5) wąglik; 6) różę; 7) gruźlicę.

Zaraza bydlęca uważana zrazu za cierpienie podobne do tyfusu brzusznego, późniéj do płonicy, róży, czerwonki, a nawet ospy, wywołuje u ludzi przez zaszczepienie cieczy ze zwierząt chorobą tą dotkniętych przypadłości odmienne jak w zwykłém zakażeniu krwi. Po zjedzeniu mięsa nie uważano nigdy żadnéj choroby u ludzi, jeżeli mięso było dobrze ugotowane. Znane są jednak w Niemczech przypadki chorób i śmierci po spożyciu mięsa pochodzącego z bydląt chorych na zarazę bydlęcą.

Tyfus u świń uważany dawniéj za chorobę podobną do ospy, jest również chorobą zwierzętom tylko właściwą. Władze angielskie uważają mięso ze świń tyfusowych za zmienione, o małéj wartości pożywczéj i z tego jedynie powodu zakazują sprzedaży takiego mięsa, a nie z obawy, aby tyfus na ludzi dał się za pomocą niego przenosić.

Zapalenie płuc i opłucny czyni mięso niezdatném do spożywania z powodu zmian chorobowych we wszystkich narządach. Nie dowiedziono atoli, aby jad właściwy téjże chorobie dał się przenieść na ludzi. Wprawdzie rzeźnicy i oprawcy po sekcyi zwierząt z zapaleniem płuc i opłucny zapadali na choroby, ale jedynie skutkiem zakażenia krwi. Jedni utrzymują, że mięso pochodzące z takich bydląt wywoływało cierpienie karbunkułowe, to znów podobne do otrucia kiszkowego, inni wręcz przeciwne przytaczają doświadczenia, że ani u ludzi ani u zwierząt mięso pochodzące

ze zwierząt z zapaleniem płuc i opłucny nie sprowadzało żadnych następstw szkodliwych.

Zaraza pyskowa i racicowa wywołuje cierpienie podobne u ludzi przez spożywanie mleka surowego. Znane są także przypadki téj choroby u ludzi wybuchłe przez zaszczepienie, a prawdopodobnie i śluz może ją zaszczepić u ludzi przez dłuższe przebywanie wśród chorych bydląt. Jeżeli mięsem nikt się nie zaraził, to ztąd pochodzi, że mięso jadają ugotowane, a mleko piją surowe. W trzech przypadkach uważał V. po spożyciu mięsa nie dobrze ugotowanego cierpienienie u ludzi objawiające się gorączką i charakterystycznym wyrzutem.

Wąglik (zaraza śledzionowa), przenośny za pomocą właściwych prątków, może zabić zwierzę w przeciągu 24 godzin. Przenosi się na ludzi i dosyć szybko ich zabija.

Róża (zapalenie tkanki podskórnéj) daje się przenieść za pomocą szczepienia i nienależycie ugotowane mięso może ją zaszczepić i człowiekowi, gdyby podczas jedzenia miał błonę śluzową ust zranioną.

Gruźlica (perlica) wywołuje pewne cierpienia przez karmienie mięsem u zwierząt roślinożernych, podczas gdy zwierzęta mięsożerne pozostają po niém zdrowemi. Dla ludzi jest niebezpieczném mięso surowe i mleko pochodzące z bydląt perlicowych.

Zatém według V. wąglik i zaraza pyskowa i racicowa na pewne dają się przenieść na ludzi, udzielenie się innych pięciu chorób ludziom jest wątpliwe.

Inne jest pytanie, czy należy zabronić spożywania mięsa ze zwierząt chorych albo padłych. Teoretycznie jest usprawiedliwioném, aby pozwolić ludziom to jedynie mięso spożywać, które pochodzi ze zwierząt zupełnie przed zabiciem zdrowych. Atoli co do bydląt perlicowych względy gospodarcze przemawiają za dozwoleniem spożycia mięsa takich zwierząt, ponieważ mięso z nich dobrze ugotowane podobnie jak i mleko jest więcéj niż prawdopodobnie nieszkodliwe dla ludzi a mało jest obór, w którychby bydło wolne było od tego cierpienia. Również mięso ze zwierząt padłych na udar mózgowy, ze zwierząt dobitych we 12 godzin po złamaniu kości itp. uszkodzeniach zewnętrznych, dopóki gorączka nie wystąpiła, może służyć za pożywienie. Podobnież mięsa ze zwierząt utonionych i wyciągniętych z wody przed upływem 24 godzin nie można uważać za szkodliwe dla zdrowia ludzkiego. Nie należy dopuszczać sprzedaży mięsa ze zwierząt zabitych od pioruna i zwierząt zabitych na polowaniu *par force*, ponieważ mięso z takich zwierząt szybko się rozkłada. (*Gesundheit* 1881, Nr. 21). *Dr. J. Buszek.*

Wiadomości pomniejsze.

(F. M.) **Coto**: Dr. Rohrer stwierdził w 180 przypadkach biegunki u dzieci skuteczność kory Coto i jéj przetworów, jakoto: Kotoiny, Parakotoiny tak w proszku jak i nastoju. Nastoju daje dzieciom po 4—10 kropli co godzina w wodzie ocukrzonéj, dorosłym 15—30 kropli. Proszku zaleca po 0.01—0.03 dzieciom, a dorosłym po 0.05—0.30 co godzinę. Kotoiny podaje po 0.05 do 0.10 dzieciom, a do 0.30 na dzień dorosłym, łącząc ją w razie objawów silnych boleści i osłabienia z nastojem makowca. R. używał Kotoiny w przypadkach durzycy, i przekonał się, iż ciepłota się obniżyła, przebieg choroby bywał pomyślny. (*Corresp. f. schw. Aerzte* Nr. 22).

(?) Do leczenia **guzów krwawnicowych** zaleca Pasqua (*Italia medica*, 1881, Nr. 37), mianowicie w celu uśmierzenia towarzyszących bólów: Rp. *Extr. bellad. 0.3, Jodoformii, Plumb. acet. āā 0.06, Vaselin. 5.0, M. f. unguent. S.* 3—4 razy dziennie wcierać w guzy po użyciu ciepłéj kąpieli.

(?) Leichtenstern opisuje 3 przypadki, w których **szmery sercowe lub płucne** były **nadzwyczajnie głośnemi**. 1. Silnie zbudowany mężczyzna zauważył w tydzień po zepchnięciu z ławy, podczas dźwigania wielkiego ciężaru buczenie w piersiach, natężające się w nocy tak znacznie, iż żonie jego nie pozwalało zasnąć. Szmer ten słyszeć było można w odległości 1 metra, podczas rozkurczu, najgłośniejszy w górnéj połowie mostka. Późniéj szmer ten osłabł. L. rozpoznał urazowe rozdarcie zastawki aorty i powstałą w ten sposób częściową niedomykalność tętnicy głównéj. 2. Drugi przypadek dotyczył 23-letniego, silnie zbudowanego mężczyzny z objawami zupełnie wyrównanego ścieśnienia ujścia żylnego prawego. U chorego tego pierwszy ton ponad końcem serca był bardzo głośny, metaliczny, słyszalny na 1$^1/_2$ metra od chorego. 3. W trzecim przypadku u 18 letniéj dziewczyny szmer pochodzący z piersi bardzo był podobny do skrzeczenia żab, występował rytmicznie równocześnie ze skurczem komórek sercowych, niekiedy tak głośny, że go w odległości 8 kroków słyszeć było można. Ani ruchy oddechowe ani silny ruch wydechowy przy zamkniętéj głośni nie miały wpływu na moc lub jakość szmeru. Badanie choréj wykazało znaczne zgęszczenie płuca lewego, prawdopodobnie z małemi jamkami oraz większą jamą bronchiektatyczną położoną w pobliżu serca. Według L. szmer powyższy powstawał tu w ten sposób, że serce kurcząc się wprawiało modzelowatą ścianę jamy w nagły ruch, który w połączeniu z oddźwiękiem w saméj jamie wywoływał ów szczególny szmer skrzeczący. (*D. med. Woch.* 1881, Nr. 43).

(F. M.) **Podskórne wstrzykiwanie morfinu przeciw chorobie morskiéj**. Baron de Theresopolis b. prof. medycyny sądowéj w Rio Janeiro odbywając wiele morskich podróży, doznawał zawsze tych niemiłych przypadów mimo użycia wszelkich poleconych leków. Zrozpaczony swoim stanem zastrzyknął sobie morfin w okolicę dołka podsercowego. Zastrzyknięcie zrobiło świetny skutek, napad chorobowy nie pojawił się więcéj, ani w następnych podróżach. Środek ten stosował T. i u innych z również pomyślnym skutkiem. Roztwór morfinu był z 0·30:20·00 wody, dawka 10 kropli. Odurzenia, jakie występuje wśród zwykłych stosunków na lądzie, nie bywało wcale. (*Wien. med. Bl.* 1881, Nr. 31).

(?) **Ciąża nerwowa.** 17 letnia, dobrze zbudowana, zdrowa kobieta od 4ch miesięcy nie ma miesiączki i od tego czasu doznaje częstych mdłości; objętość brzucha powiększyła się, chora czuje wyraźne ruchy płodu, sutki nabrzmiały. Po 9 miesiącach pojawiły się bóle porodowe, skutkiem czego za radą akuszerki, rozpoznającéj ciążę, chora przybyła do kliniki położniczéj w Lugdunie. Badanie wykazało t. zw. ciążę nerwową czyli pozorną. Gdy się chora przekonała o swém złudzeniu, brzuch zmniejszył się szybko, miesiączka powróciła a chora opuściła klinikę jako „uleczona". (Rendu, *Le Concours*, 1881, Nr. 19).

(?) Bouchut (*Paris méd.* 1881, 16 czerwca) donosi, że u 91 dzieci cierpiących na **cholera infantum**, po małych dawkach resorcynu wymioty wkrótce ustawały a ilość wypróżnień stolcowych znacznie się zmniejszała. Lek ten podawać radzi po 20 do 30 centigramów w 60 grm. nastoju rumiankowego. Działa dopiero po 2 dniach a należy go średnio podawać przez

6 dni. Resorcyn powstrzymuje kiśnienie podobnie jak karbol, ale mniéj drażni niż ostatni i nigdy nie wywołuje objawów otrucia.

(?) Pinsker zdaje sprawę z wartości leczniczéj **salicylanu sodowego w chorobach dzieci.** Jako środek przeciwgorączkowy lek powyższy jest lepszym niż chinin, mianowicie w durze. Okazał się skutecznym w nieżytach oskrzeli, zapaleniu płuc nieżytowém i dławcowém, durze, płonicy, odrze, ospie, naciekach płuc i przypadkach chirurgicznych. U dzieci niżéj 2 lat dawka wynosi 0.5—1.0 grm., 2—6 lat 1—3.0 grm. na raz; starsze dzieci mogą używać i po 4.0 grm. Spadek ciepłoty wahał między $^1/_2$—2°C. i to niekiedy już w ciągu godziny. Zwolnienia gorączki trwały zazwyczaj 5—6 godzin, rzadko mniéj niż 3 godziny. Najznaczniejsze zwolnienie (2°C.) występowało tylko u silnie gorączkujących (40—41°C.), nie było zaś nigdy tak znaczne w gorączkach wynoszących 38—36C°. Opadanie gorączki jest objawem stałym, jeśli tylko dzieci nie wymiotują leku, co się zdarza rzadko. Salicylan sodowy nie wywierał żadnego wpływu ani na trwanie ani na przebieg duru, błonicy i krztuśca; jako lek przeciwgorączkowy był zaś tu równie skuteczny jak i w innych chorobach. W zimnicy zwykle zawodził, za to w ostrym reumatyzmie stawów okazał się jako lek swoisty. Nieprzyjemne działanie uboczne i następcze salicylanu sodowego spostrzegano zwykle tylko w tych razach, gdy lek nie był czysty. (*Arch. f. Kinderhk.*, 1881, z. 12).

(F. M.) **Nagła ślepota po zażyciu salicylanu sodowego.** Dziewczyna 16-letnia cierpiąca na zapalenie stawów zażyła w przeciągu 10 godzin 8·00 salicylanu sodowego. W trzy godziny po ostatniéj dawce ociemniała zupełnie, nadto pojawił się ból głowy i śpiączka. Źrenice rozszerzone, czułość spojówki i rogówki bez zmian. Ogłuszenie, tony serca słabe, tętno nikłe, w moczu ani białka ani kw. salicylowego wykryć nie można. Po 10 godzinach ślepota ustąpiła, pozostało tylko rozszerzenie źrenic i przygłuszenie. Następnego dnia i te objawy zniknęły. (*Allg. Wien. med. Ztg.*)

IV. Kilka słów o objawach hypnotyzmu.

(Odczyt miany w Towarzystwie lekarskiém krakowskiém dnia 7 grudnia 1881).

Przez Dra **Franciszka Grodeckiego,**
sekundaryjusza szpitala powsz. w Tarnowie.

Wystąpienie Hansena z doświadczeniami magnetycznemi wywołało najrozmaitsze zdania. Niektórzy nie wierzyli mu wcale, uważając go za oszusta, inni wierzyli wszystkiemu i przypisywali Hansenowi jakąś niezwykłą siłę. Czytając o jego przedstawieniach, w których usypiał ludzi, kazał im jeść cebulę jako jabłko, wyciągał ich sztywnie na dwóch stołkach, kazał śpiącym powtarzać za sobą wszystkie ruchy, jakie sam wykonywa, odbierał im swoje „ja" i kazał im uważać się za inne całkiem osoby itd., czytając o tém, pomyślałem, że to wszystko polega na kłamstwie i oszustwie, i że Hansen jest w zmowie z tak zwanemi swojemi medyjami, które mu służą do przedstawień. Lecz Hansen robił także doświadczenia z osobami, których nie znał i którym można było wierzyć; przypuszczałem więc, że się posługuje elektrycznością w jakiś ukryty sposób, w inną zaś siłę zwaną magnetyzmem zwierzęcym nie mogłem uwierzyć. Dalsze rozczytywanie się nad tym przedmiotem o tak zwanym mesmeryzmie, opisanym przez różnych dawniejszych autorów i o niedawnych doświadczeniach profesorów Heidenhaina (*Der sogenannte thierische Magnetismus* 4 Auflage, Leipzig 1880), Weinholda (*Hypnotische Versuche.* 3 Auflage, Chemnitz, 1880), Bäumlera (*Der sogenannte animalische Magnetismus* Leipzig, 1881), Ochorowicza (Artykuły w Tygodniu polskim i Dzienniku trzeciego Zjazdu) zmieniło moje zdanie i kazało uwierzyć, że takie objawy dają się rzeczywiście wywołać, i że tu prąd elektryczny wcale nie wchodzi w rachubę.

Zaciekawiony temi nadzwyczajnemi objawami, o jakich czytałem tylko, a których sam nie widziałem, gdyż dotąd, pomimo chęci, nie byłem na żadném w ogóle podobném przedstawieniu ani nawet odczycie, traktującym tę rzecz naukowo, zacząłem robić próby, i to początkowo jeszcze w maju b. r. w szpitalu na Sechshaus w Wiedniu, gdzie funkcyjonowałem jako sekundaryjusz, lecz te próby wcale się nie udały. Dalsze próby w szpitalu tarnowskim zaczęły mi się udawać i zachęciły mnie do dalszych doświadczeń.

Dotąd badałem trzydzieści kilka osób, wszystkie kobiety, licząc tylko te, które w stan hypnotyczny wprowadzić zdołałem i rezultatem tych badań chcę podzielić się z szanownymi kolegami. Nad samą nazwą magnetyzmu, czy ona jest właściwą lub nie, czy nie lepszą byłaby nazwa hypnotyzm, mesmeryzm, sztuczny somnambulizm, jak go inni nazywają, i nad warunkami wywoływania tych tak ciekawych objawów nie chcę się rozwodzić, lecz ograniczę się tylko do streszczenia tych objawów, które w tak zwanym śnie magnetycznym udało mi się dotąd wywołać, a które się cokolwiek różnią od tych, które inni wywołali. Chciałbym wynikiem badań moich zachęcić szanownych kolegów do zajęcia się przedmiotem, tak ciekawym w swych szczegółach i tak dotąd niewyjaśnionym, a należącym przecież do medycyny. Sądzę, że tylko sumienne, dokładne i liczne badania, przedsięwzięte przez lekarzy w klinikach i w szpitalach, zestawią pewne objawy, które można wywołać u pewnych osób w skutek pewnych ruchów, usuną złudzenia i symulacyje, które podczas tych doświadczeń zachodzić mogą, i te dopiero stwierdzone objawy będą mogły służyć fizyjologom za podstawę do objaśnienia t. zw. magnetyzmu zwierzęcego.

Objawy, które udało mi się dotąd wywołać, streszczam w porządku co do dziedziny ruchu, zmysłów i sfery umysłowéj.

Zmiany w mięśniach występują u przeważnéj liczby osób, pozostających w t. zw. śnie magnetycznym. Są to objawy, zwracające na siebie najprzód uwagę badającego i dające się najłatwiéj wywołać. Mam na myśli katalepsyję i tężec mięśni. Katalepsyja występuje u niektórych osób bardzo wyraźnie do tego stopnia, że się utrzymują prawie najmniejsze zgięcia pojedyńczych falang u palców i to prawie dopóty, dopóki chcemy. Jestto katalepsyja zupełna, lecz ją tylko u kilku osób obserwowałem. Katalepsyja niezupełna, gdzie pewne ruchy w niektórych przegubach utrzymują się już to słabiéj już to mocniéj, dłuższy lub krótszy czas, występuje prawie u wszystkich osób. Tężec mięśni tak mocny, że odnóg obu rękami zgiąć nie mogłem, wystąpił tylko u kilku osób i to głównie u tych, u których była i katalepsyja zupełna. Tężec taki można było wywołać w pojedynczych mięśniach, w pewnych grupach tychże lub w całém ciele i zawiesić wtedy osobę badaną na dwóch stołkach. U osób innych jest tężec słabszy, tak że opór jego trudniéj lub łatwiéj można pokonać. Skurczu mięśni, jak po działaniu silniejszym prądem elektrycznym, przy którym następuje zgięcie lub wyprostowanie odpowiedniéj odnogi w pewnym

przegubie, lub widoczne kurczenie się odpowiedniego mięśnia, nie mogłem nigdy wywołać pomimo najrozmaitszych ruchów. Porażenia jakiegoś mięśnia również nie wywołałem. Wprawdzie osoba badana nie mogła czasem poruszać odnogą jedną lub drugą, ale tylko wówczas, gdy ta była w stężeniu, w tężcu, nie mogę więc tego nazwać porażeniem, jakie wywołać mieli inni, tylko wprowadzeniem w stężenie odpowiednich mięśni i niemożnością pokonania ich oporu, ani przez samą osobę badaną, ani przezemnie. Wywołałem także u kilku osób utratę mowy, tyle razy, ilem chciał, i przywracałem ją napowrót, ale i to nie było porażeniem, tylko stężeniem mięśni języka lub zwieracza ust, wywołaném w chwili, gdy te mięśnie były w stanie spokoju.

Czucie prawie u wszystkich osób zahypnotyzowanych jest przytępione i to w rozmaitym stopniu. Podczas tężca występuje utrata czucia zwykle najmocniej, podczas katalepsyi słabiéj u jednéj i téj saméj osoby. Lecz stopień przytępienia czucia nie pozostaje w stosunku do stopnia zmian w mięśniach, to jest tężec i katalepsyja mogą być u pewnéj osoby słabe, a utrata czucia bardzo znaczną i na odwrót, lecz u téj saméj osoby wydaje mi się zawsze czucie więcéj przytępione podczas tężca, niż podczas katalepsyi. Utrata czucia była u kilku badanych tak znaczną, że można było wbić szpilkę głęboko bez żadnéj zupełnie reakcyi, inne osoby badane po ukłuciu powierzchownem nie oddziaływały zwykle, przy głębszém następowała reakcyja widoczna, objawiająca się przez poruszenie odpowiedniéj odnogi na bok, lub przez zmarszczenie czoła. Widząc taką utratę czucia i czytając nadto, że Erdaille w Indyjach wschodnich, Broca w Paryżu i inni (prof. Bäumler str. 15) wykonywali w śnie magnetycznym bezbolesne operacyje, chciałem u jednéj choréj, która łatwo się dawała hypnotyzować, zastosować to doświadczenie praktycznie. Chorą tę cierpiącą na *Condylomata lata lab. pud. utr.* tuszowałem rozczynem sublimatu, co dla niéj było bardzo bolesném. Zahypnotyzowałem ją więc i zaaplikowałem w tym stanie powyższy rozczyn i to w ilości znacznéj. Reakcyi ze strony choréj przez pół godziny nie było żadnéj, późniéj zaczęła chora mocniéj oddychać, poruszać cokolwiek odnogami dolnemi i stękać. (Poprzednio zaś i następnie bez hypnozy wystąpiły boleści bezpośrednio po zatuszowaniu). Chcąc przy téj objawiającéj się reakcyi zwrócić uwagę uśpionéj w inną stronę, kazałem jéj za mną rachować. Skutkowało to rzeczywiście, ale na krótko. Oddech choréj stawał się coraz forsowniejszy, krzyku nie było żadnego, tylko chora coraz prędzéj i coraz więcéj stękająco rachowała z początku sama, późniéj przy małéj z méj strony pomocy. Widząc bardzo szybki oddech choréj i słabnące tętno, zbudziłem ją. Teraz dopiero nastąpił krzyk, jak śród poprzedniéj i następnéj wizyty, który jednak jak i wywołujący go ból trwał krócéj. Chora zapytana późniéj o czucie podczas snu magnetycznego, odpowiedziała, że ją wtedy nie bolało, że wprawdzie coś czuła, ale to ani porównać się nie da z tém, co nastąpiło po zbudzeniu.

Niektóre osoby rozpoznawały dotykiem bardzo dokładnie podane im przedmioty np. pioro, ołówek, kałamarz, książkę, szpilkę itd., większa zaś część nie umiała poznać przedmiotów, ani rozróżnić wody ciepłéj od zimnéj. Niektóre zapytane, gdzie ich się ręką dotykam, podawały dokładnie to miejsce, inne nie wiedziały o dotknięciu wcale.

Pomimo zamkniętych ócz kilku badanych rozpoznawało bardzo dokładnie, czy są w ciemnym lub w oświetlonym pokoju, nawet stopień oświetlenia mogły także rozróżnić; inne i tych większa liczba, wprowadzone z pokoju jasnego do ciemnego, nie mogły podać żadnéj różnicy, inne wreszcie odpowiadały, jak im się udało. Odsuwając palcami powieki widziałem rogówki zwrócone mocno ku górze i wewnątrz, źrenice rozszerzone.

Słuch zdaje się być nieosłabionym. Wprawdzie w początku, gdy się badanéj coś mówi i żąda odpowiedzi, nie odpowiada ona wcale lub tylko z trudnością, lecz odpowiedziawszy raz, odpowiada po tém łatwo. Zdaje się więc, że slyszy dobrze, tylko przy pierwszéj odpowiedzi musi pewny opór języka pokonać.

Smak zostaje bardzo znacznie przytępionym, co widzieć można w halucynacyjach, gdy osoba badana je np. cebulę i bierze ją za jabłko, podobnie i powonienie, czując np. zapach olejku różanego, gdy wącha kwas karbolowy itd., ale to przytępienie smaku i powonienia wystąpiło tylko u małéj liczby osób; inne odpowiadają wprost, że to nie jest jabłko ani olejek różany. Zmiany te zresztą, jak sądzę, zależą od stopnia uśpienia.

Pod względem oddechu nie zauważyłem żadnéj większéj różnicy, prócz powyższego przypadku po tuszowaniu sublimatem. Oddech jest spokojny i jednostajny, jak w zwykłym śnie. Tętno wydaje mi się cokolwiek słabszém niż przed uśpieniem. Ciepłoty nie badałem dotąd dokładnie ciepłomierzem, lecz nie zauważyłem również żadnych zmian większych, prócz cokolwiek może chłodniejszych rąk i stóp, gdy hypnoza dłużéj trwała. Wyraz twarzy osoby zahypnotyzowanéj jest śpiący. Odpowiedzi i zachowania się zawsze leniwe.

Bardzo łatwo występowały u zahypnotyzowanych halucynacyje, i to jak najrozmaitsze. W kilka dziewcząt udało mi się wmówić, że są żołnierzami, i odpowiadały nawet na pytania, do którego pułku i kompanii należą, salutowały na komendę i powtarzały wmówione w siebie męzkie imię i nazwisko, kilka robiło na żądanie ruchy do podkręcenia wąsów. Byłem w obec halucynacyj bardzo ostrożny, gdyż nieraz trudno mi było w to, com widział, uwierzyć i posądzałem badane osoby o symulacyję, a jednak podczas tychże inne objawy w mięśniach, czuciu i t. d. można było wywołać, co nigdy nie nastąpiło po zbudzeniu badanych; musiałem więc w te objawy uwierzyć. Inne tańczyły, słyszały wmówioną w siebie muzykę, łapały po pokoju gołębie, i rzucony mankiet głaskały jak gołębia schwytanego, widziały bijących się ludzi, rannych żołnierzy, którym się krew z czoła lała, jadły rzeczy nieużyteczne zamiast dobrych, wąchały z gustem kwas karbolowy i amonijak, dmuchały na zimną wodę itd. itd. Niektóre brały mnie za znajomego lub znajomą i mogłem z niemi wcale swobodnie rozmawiać o najrozmaitszych rzeczach godzinami prawie. Jedna brała mnie za swą przyjaciółkę Kasię (nie wiem, czy mam głos do niéj podobny) i opowiadała mi, jakby jéj, najrozmaitsze rzeczy; inna brała mnie za swego krewnego, z którym się pewnie lubi kłócić i dla którego wcale się nie sadzi na łagodne i grzeczne słowa. Z inną rozmawiałem, występując w charakterze kilku osób, mianowicie przyjaciela, przyjaciółki, dwóch przyjaciół jéj znajoméj, z których jednego lubi, drugiego nie chce nawet widzieć, jéj służbodawcy itd. Szczególniejszym objawem u zahypnotyzowanych jest uległość i posłuszeństwo, posunięte często do najwyższego stopnia. Te osoby wyciągają odnogi na rozkaz, wstają, chodzą, siadają, klękają, powtarzają wyrazy wzięte z różnych języków itd.

Widzimy więc, że mamy przed sobą: uśpienie dające się u niektórych osób sztucznie wywołać za pomocą pewnych

ruchów rąk i przerwać, cechujące się podwyższoną wrażliwością odruchową mięśni, znaczną utratą czucia, wzroku, smaku i powonienia, i halucynacyjami,—a więc stan patologiczny. Podobne objawy wywoływali i inni. Lecz nadto jeszcze prof. Heidenhain wspomina o naśladowaniu występującém u zahypnotyzowanych i mówi, że niektóre osoby bez polecenia powtarzają pomimo zamkniętych ócz wszystkie ruchy usypiającego. Ja pomimo najrozmaitszych sposobów uśpienia wyczytanych w dawniejszych i nowszych autorach nie mogłem nigdy tego objawu wywołać. Kilka uśpionych powtarzało za mną ruchy rękami, ale tylko wtedy, gdy im to wyraźnie rozkazałem i gdy moje ruchy były tak głośne, że ich uśpiona dobrze słyszeć mogła. Bez tych dwóch warunków naśladowanie nie wystąpiło nigdy.

Do wywołania mówienia radzi prof. Heidenhain wywołać ucisk na dalsze kręgi szyjne. Zahypnotyzowane przezemnie przemawiały prawie zawsze na polecenie, a jeżeli to nie wystarczyło, to i ucisk na te kręgi nic nie pomógł, pomimo dokładnego zastósowania tego sposobu. Przy przemówieniu mojém za pomocą lejka głosowego przyłożonego do dołka żołądkowego uśpionych lub bez tegoż, nie nastąpiło nigdy mówienie, jak to obserwował prof. Heidenhain, chyba wtedy, jeżeli mówiłem głośniéj i głos doszedł do ucha uśpionych.

Co do kurczów mięśni, to twierdzi prof. Heidenhain, że jeśli pocieramy mięśnie przy palcu wielkim lewéj ręki (tenar), mięśnie te widocznie się kurczą, a nawet jeżeli przy wielkiéj wrażliwości uśpionego, pocieramy tylko tenar, występuje skurcz po kolei w krótkich po sobie następujących przerwach w tym porządku: w lewym wielkim palcu, ręce, przedramieniu i ramieniu, daléj prawém ramieniu, przedramieniu, ręce, następnie lewém podudziu i udzie, prawém udzie i podudziu, wreszcie w mięśniach służących do żucia a w końcu w mięśniach szyjnych. Ja podobnych kolejnych kurczów, a nawet kurczenia się jednego mięśnia pocieranego nie mogłem nigdy spostrzegać, udało mi się tylko wywołać stężenie mięśnia w położeniu takiém, w jakiém on się znajdował, ale wyraźnego skurczu nigdy. Nie twierdzę naturalnie, ażeby naśladowanie ruchów i kurcze mięśni, jakie wywołał prof. Heidenhain, nie dały się wywołać, albo aby jego środki pomocnicze do wywołania mówienia nie miały podstawy, gdyż prof. Heidenhain badałpewnie więcéj i zapewne dokładniéj niż ja, lecz wspominam tylko, że ja podobnych objawów nie mogłem wywołać, aby zwrócić uwagę kolegów badających ten przedmiot nate okoliczności. Sądzę, że te objawy rzadko zapewne tylko występują.— Prof. Ochorowicz uważa identyfikowanie hypnotyzmu z magnetyzmem za niewłaściwe i twierdzi, „że różnica magnetyzmu polega na zależności pacyjenta jedynie od osoby magnetyzera i możności obudzenia tylko przez tegoż". Mnie się zdaje, że trudno mówić o różnicy magnetyzmu i hypnotyzmu, skoro do wyrażenia tych samych objawów jedni jedném a drudzy drugiém posługują się słowem i uważają je za równoznaczne. Co zaś do zależności od magnetyzującego i możności obudzenia tylko przez niego, o tém pozwalam sobie wątpić, gdyż pomimo najrozmaitszych objawów wywołanych u uśpionych przezemnie mogli moją rolę daléj objąć p. Jakubowski słuchacz medycyny lub prof. Sykutowski, z którymi początkowo te doświadczenia robiłem, i na odwrót przy ich doświadczeniach mogłem ja zająć ich miejsce zupełnie. Do obudzenia uśpionych dosyć często nie wystarczy jedno dmuchnięcie w oczy, lecz trzeba dmuchnąć silniéj i to zwykle kilka razy, i dlatego to, jak mnie się zdaje, innym nie wtajemniczonym, rzadko się to tylko udaje. Jak wykazali proff. Weinhold i Ochorowicz, można podobne objawy, jakie występują u zamagnetyzowanych, wywołać także prądem elektrycznym a względnie magnetyzmem mineralnym, lecz ja sądzę, że jeszcze nie można z równych skutków twierdzić o bardzo wielkiém podobieństwie i związku przyczyn. Jakiż n. p. związek istnieje pomiędzy wymiotnicą i zadrażnieniem mechaniczném przełyku, a skutek ten sam, t. j. wymioty, jakiż związek pomiędzy chininem a kąpielą w zimnéj wodzie, skoro oba te środki zniżają ciepłotę? Jestem zdania, że działanie mechaniczne i termiczne ruchami rąk i wyobraźnia są głównemi czynnikami do zamagnetyzowania, a nie jakaś inna siła podobna do magnetyzmu mineralnego, jak niektórzy utrzymują. Jednego objawu nie mogę pojąć, który obserwował Dr. Ochorowicz, a mianowicie: zamagnetyzował on Lucylę, z którą jeździł Donato, i w tym stanie dotykał jéj na plecach ręką prawą lub lewą, trzymając obie ręce w jednakiém położeniu; Lucyla miała poznać, która ręka jéj dotknęła, prawa lub lewa. W objaw ten trudno mi uwierzyć.

Czy magnetyzm może odgrywać jaką rolę w praktycznéj medycynie, jak twierdzi wielu, to dopiero dokładniejsze zbadanie go może okazać. Ja sądzę, że wielkiéj przyszłości nie ma przed sobą, więcéj się może przyda do badania jakiego przestępcy, jeżeli go się uda zamagnetyzować, gdyż w tym stanie wygaduje się bardzo wiele osób ze wszystkiém, coby chciało mieć w tajemnicy [1]).

Jeszcze słowo o jasnowidzeniu i o przepisywaniu w śnie magnetycznym lekarstw dla siebie i innych, o czém tomy pisali dawni autorzy i to nawet lekarze. Sądzę, że dzisiaj nikt w nie nie wierzy. Ja z niewiarą, lecz zaciekawiony, co mi téż zamagnetyzowane na to odpowiedzą, pytałem się kilku o lekarstwo i przyszłość: tegoczesne media lubią więcéj prawdę niż za czasów Mesmera i odpowiedziały mi otwarcie, że tego nie wiedzą.

Jak się koledzy zapatrują na t. zw. magnetyzm zwierzęcy, nie wiem. Niektórzy lekarze dotąd uważają wszystko za blagę i magnetyzującego za oszusta; inni mówią, że on działa w dobréj wierze i bierze za dobrą monetę symulacyję osoby badanéj. Miałem sposobność przekonać się, że tu symulacyi nie ma i w te objawy wierzę. Jeżeliby zaś pewne objawy miały polegać na symulacyi, to wdzięczny byłbym każdemu, ktoby mi to wykazał i o przeciwnym stanie rzeczy mnie przekonał. Są to objawy nadzwyczaj ciekawe i powinny zachęcić kolegów do zajęcia się tym przedmiotem, ażeby sprawę magnetyzmu zwierzęcego, o którym autorzy dawniejsi tyle bredni popisali, uważając go za wyższy objaw człowieczeństwa i łaskę niebios zesłaną w celu leczenia ludzi i przepowiadania rzeczy przyszłych, raz dokładnie rozświecić i fizyjologicznie wyjaśnić i przezto zamknąć szarlatanom drogę. W tym celu dzielę się z kolegami mojemi doświadczeniami, które przedstawić tu uważałem za swój obowiązek. Nie są to wszystkie objawy, które widziałem, i wszystkich na jednéj osobie, którą z Tarnowa w tym celu przywiozłem, przedstawić nie można, gdyż każda osoba okazuje pewną grupę objawów, wybitniejszą od innych. Na osobie dzisiaj przedstawionéj występują bardzo charakterystyczne objawy na mięśniach, katalepsyja zupełna, tężec, utrata mowy, dające się bardzo łatwo wywołać i usunąć,

[1]) Czy jednak zeznania w takim stanie uczynione mogą mieć ważność prawną, o tém wątpimy. (Red.).

bardzo wielka utrata czucia, a słabsza innych zmysłów i mierne objawy halucynacyj. Na innéj osobie przedstawię później, jeżeli szan. koledzy pozwolicie, wybitniejsze inne objawy.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

= Rozporządzenie c. k. Ministerstwa spraw wewnętrznych z d. 21 listopada 1881 l. 16033. Do c. k. Namiestnictwa we Lwowie. W załączeniu udziela się c. k. Namiestnictwu odpis rządowego rozporządzenia do Namiestnictwa w Czechach co do zakazu używania fuksyny jako barwika pożywek. Z powodu donieniesienia z d. 15 października 1881 do l. 63984 udziela się c k. Namiestnictwu do wiadomości, że Ministerstwo spraw wewnętrznych po zasiągnięciu zdania najwyższéj Rady zdrowia nie widzi się spowodowaném zmienić rozporządzenie z dn. 1 maja 1866 dz. ust. pań. l. 54 co do używania aniliny jako barwika pożywek, ponieważ pomimo pojawienia się w handlach fuksyny wolnéj od arsenu dotąd nie dowiedziono, aby wyrobów anilinowych nie napotykano nigdy trujących, nadto pytanie co do własności trujących barwików niemetalicznych wyrabianych z aniliny dotąd nie jest rozstrzygnięte a co ważniejsza istnieją spostrzeżenia, że ciągłe używanie napojów za barwionych fuksyną wolną od arsenu sprowadza znaczne upośledzenie na zdrowiu. Nie można przeto pozwolić używania fuksyny do zabarwiania pożywek, ponieważ istnieją barwiki inne całkiem niewinne a odpowiednie pod względem sanitarnym do farbowania pożywek.

* Zachodnia połowa monarchii austro-węgierskiéj liczyła w r. 1877 na mieszkańców 20,217,531 lekarzy 7,577, a mianowicie doktorów medycyny 4475 a t. zw. chirurgów 3102. Z tych piastowało posady 2343 doktorów i 1095 chirurgów, a w szczególności pozostawało w publicznéj służbie zdrowia 389 doktorów (w rządowéj 251, w gminnéj 138); jeden urzędnik zdrowia przypadał zatém na 51,874 mieszkańców. W szczególności według krajów przypadał 1 urzędnik zdrowia

w Dalmacyi	na	21,000	mieszkańców
w Salcburskiém	„	21,600	„
w Tryjesteńskiém	„	24,600	„
w Krainie	„	31,700	„
w Austryi dolnéj	„	33,000	„
w Styryi	„	45,200	„
w Tyrolu	„	45,700	„
w Karyntyi	„	48,000	„
w Austryi Górnéj	„	48,500	„
w Bukowinie	„	51,200	„
w Vorarlbergu	„	51,300	„
w Galicyi	„	57,000	„
w Istryi	„	63,700	„
w Czechach	„	63,800	„
w Gorycyi i Gradysce	„	68,000	„
na Morawie	„	100,000	„
w Szlązku	„	135,600	„

Na Galicyję przypada urzędników zdrowia 94, a mianowicie na Lwów 10, Kraków 5, Białę, Brody, Dąbrowę po 2, Dolinę 3, Drohobycz, Krosno, Myślenice, Nadwornę, Nowy Targ, Przemyśl, Śniatyń, Stanisławów, Staremiasto po 2, Tarnów 3, Wieliczkę 4 a, na resztę kraju 45.

W Berlinie na 1.122,385 mieszkańców było w roku ubiegłym 944 lekarzy, 7 chirurgów, 53 dentystów i 7 aptekarzy. Na 1200 mieszkańców przypadał 1 lekarz. *(W. med. Presse).*

* **Orzeczenie Sądów najwyższych.** 1) Pomimo orzeczenia lekarzy sądowych, że uszkodzenie w danym razie było ciężkie, Sąd 1éj instancyi skazał był obwinionego za popełnienie lekkiego uszkodzenia. W skutek wniesionego przez prokuratoryję zażalenia nieważności Sąd kasacyjny we Wiedniu zniósł wyrok 1széj instancyi i zarządził nową rozprawę. Sąd najwyższy uznał wprawdzie prawo Sądu 1széj instancyi do oceniania zdań znawców i do rozstrzygania wedle przekonania i kwestyj technicznych, dodał jednak, że w takich razach winien Sąd według §. 125 i 126 ustawy o postęp. k. postarać się o usunięcie zachodzących wątpliwości (przez innych znawców lub Wydział lekarski), a jeżeli mimo to wątpliwości tych usunąć nie zdołano, a Sąd zmuszonym się widzi nie przychylić się do zdania znawców, powinien wyłuszczyć powody w wyroku. *(W. med. Presse).* 2) Orzeczenia Sądu państwa niemieckiego w sprawach karnych. *a)* Do istoty czynu zbrodni zgwałcenia *immissio seminis* nie jest konieczną. *b)* Karygodności usiłowanego spędzenia płodu nie wyklucza okoliczność, że sprawca użył środków bezwzględnie niestósownych do sprowadzenia skutku zamierzonego; wystarcza usiłowanie przedsięwzięte w mniemaniu, że skutek dą się osiągnąć. Również obojętném jest dla karygodności usiłowania, jeżeli wykonanie zbrodni było niemożebném z powodu, że przedmiot zbrodni był nieodpowiednim, jeżeli np. płód był martwym. (Orzeczenia te mają ogromną doniosłość, bo pozostają w zupełnéj sprzeczności z praktyką austryjacką). *c)* Każdy płód, który już w części wyszedł z łona macierzyńskiego, uważa się za człowieka w myśl ustawy karnéj; nie potrzeba zaś do tego pojęcia, aby główka wyszła lub aby dziecko oddychało po za łonem macierzyńskiem; nie potrzeba wreszcie, aby dziecko było zdolném do życia samodzielnego. W skutek tego tłumaczenia akuszer uznany został winnym śmierci dziecięcia, gdy niesłusznie przypuszczając, że dziecko już nie żyje, przystąpił do rozkawałkowania dziecięcia, którego ramię wypadło było z pochwy. — *d)* Jako narzędzie niebezpieczne w myśl §. 223 a) u. k. niem. w danym przypadku uznaną została szklanka od piwa a w drugim przypadku scyzoryk zamknięty; jako postępowanie zaś niebezpieczne dla życia w jednym przypadku odgryzienie palca a w drugim powalenie człowieka o podłogę cegłami wysadzoną. — *e)* Sztywności 3 palców skutkiem obrażenia powstałéj nie uznał Sąd najwyższy za utratę członka w myśl §. 224 k. k. niem. *f)* Złamanie kości czołowéj połączone z wgnieceniem na wewnątrz objętości talara Sąd 1széj instancyi uznał był za „utratę ważnego członka“ (!) i trwałe oszpecenie; Sąd najwyższy wykluczył pierwszą a przypuścił ostatnie. *g)* Sfałszowanie pożywek istnieje i wtedy, jeżeli do przedmiotu mającego większą wartość domięszano przedmiot mniejszéj wartości, choć nieszkodliwy. *h)* Przez puszczanie w kurs pożywek szkodliwych dla zdrowia rozumie się i darowywanie takowych, choćby w danym przypadku szkody nie przyniosły. *i)* Sprzedaż takich pożywek wtedy tylko jest karygodną, jeżeli ona odbywa się w zamiarze lub przypuszczeniu, iż towar służyć będzie jako pokarm lub pożywka. *(Viertelj. f. ger. Medicin 1882, styczeń).*

Statystyka epidemij. W tygodniu do końca grudnia 1881 r. ogólna śmiertelność spadła z 32,5 na 24,8 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 0, (1 z. t.); z błonicy 0 (2 z. t.); z duru osutkowego 2 (1 z. t.); z róży 3 (1 z. t.); a doniesiono w tymże tygodniu: o 8 przypadkach ospy, 1 odry, 3 płonicy, 6 krztuśca, 1 duru brzusznego, 8 duru osutkowego (7 z kryminału, i ze wsi) W tygodniu od 4—10 grudnia ospa wstrzymywała się w Londynie w jednakowém nasileniu. Leczyło się w szpitalach 491, świeżo zapadło 75, umarło 22. W Wiedniu umarło 19, w Budapeszcie 10, w Pradze i Petersburgu po 6, w Paryżu 8, w Warszawie 30, w Saragossie 10, w Madrycie 20. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu i Walencyi po 5. Odra panuje z równą złośliwością w Chrystyjanii i Liverpolu.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 4—10 grudnia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,6; we Lwowie i w Poznaniu 29,0; w Wiedniu 24,5; w Budapeszcie 30,5; w Pradze 31,9; w Tryjeście 27,7; w Berlinie 25,2; w Wrocławiu 28,8; w Gdańsku 23,0; w Mnichowie 26,2; w Dreźnie 24,6; w Lipsku 23,7; w Bazylei 15,1; w Brukselli 22,9; w Amsterdamie 21,6; w Hadze 24,7; w Paryżu 25,8; w Londynie 20,7; w Kopenhadze 24,5; w Stokholmie 16,7; w Chrystyjanii 16,0; w Petersburgu 38,3; w Odesie 31,9; w Wenecyi 32,2; w Bukareszcie 29,6; w Madrycie 37,1; w Lizbonie 24,3; w Aleksandryi 40,3; w Nowym Yorku 29,1; w Filadelfii 19,8; w Bombaju 26,1; w Madrasie 24,9. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 5 stycznia. Dotkliwemi są straty, które w roku ubiegłym poniosły nauka i stan lekarski. Ze znakomitości pierwszorzę-

dnych przypominamy śmierć Józefa Škody, Littrégo, Bouillauda i Pirogowa; nadto umarli przyrodnicy: Buckland, Boutmy, Mateucci, Schleiden i Selmi; anatomowie: Bevan, Gabriel, Heschl, Perls, Planer, Rolleston i Schüppel; klinicyści: Bertulus, Briquet, Chautreuil, Deville, Houel, Hussa, Mabit, Mandl, Moreau, Personne, Rollet, Rutherford-Sanders, Raynaud, Schützenberger; chirurdzy: Busch, Canquoin, Legendre, Otis, Philipeaux; okuliści: Himly i Iwanów; położnicy: Comelli, Lange, Mattei i Spiegelberg; higijeniści: Cabiades, Klencke, Rupp i Wiel. Z lekarzy polskich, zmarłych w roku przeszłym, zasługują przedewszystkiém na zaszczytną wzmiankę: Adamowicz w Wilnie, Bryk i Janikowski w Krakowie, Helbich i Wisłocki w Warszawie. Nadto o ile wiadomość nas doszła, umarli koledzy: Chomentowski, Decykiewicz, Demetrykiewicz, Drożdziewicz, Fijok, Górski, Karcz, Kułakowski, Łukaszewicz, Majewscy Erazm i Maksymilijan, Muśnicki, Osiecki, Rasp, Rymorz, Trepka i Zajchowski. Cześć ich pamięci!

* Wyszedł właśnie Katalog Wystawy lekarsko-przyrodniczéj, połączonéj z III Zjazdem lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie (in 8vo str. 66). Dokładne zestawienie tego katalogu jest zasługą niezmordowanego dyrektora Baranieckiego, któremu należy się trwałe uznanie nie tylko za urządzenie i utrzymywanie Muzeum techniczno-przemysłowego w Krakowie, ale i za podniesienie myśli urządzenia Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, tak nadspodziewanie rozwijających się, oraz i za urządzanie wystaw ze Zjazdami połączonych. Wydanie Katalogu obecnego stanowi uzupełnienie czynności Zjazdowych i dlatego zwracamy uwagę na pokaźną broszurę, w nadziei, że będzie ona zarazem miłém przypomnieniem dla wszystkich członków ostatniego Zjazdu. Nie zapuszczamy się w ocenianie wartości katalogu i mrówczéj pracowitości jego autora; na jednéj i drugiéj pozna się od razu każdy czytelnik.

* W dodatku do osławionego przypadku monastyrskiego, co do którego już dwa razy głos zabieraliśmy, donosimy, że akta przypadku tego ogłoszone będą w kwietniu w *Viertelj. f. ger. Medicin.* Znaleźliśmy wreszcie i ową rozprawę prof. Maschki, która dla urzędnika zakładu więziennego w Celle stała się pobudką do wniosku o wznowienie śledztwa. Jest to przypadek ogłoszony przez Maschkę w *Viertelj. f. ger. Medicin* w Berlinie w r. 1881 w zeszycie kwietniowym pt. *Angebl. Tod eines Kindes in Folge von Verletzungen. Natürl. Todesart. Entstehung d. Verletzungen nach dem Tode durch Ameisenbisse* (p. 193—197).

* *Gazeta Lekarska* donosi o śmierci Dra Platzera, byłego profesora wszechnicy jagiellońskiéj w Krakowie. Jest temu lat kilkanaście, gdy umarł Dr. Józef Placer; innego lekarza tego nazwiska, a tém mniéj b. prof. U. J. nie znamy.

* **Warszawa.** Od nowego roku *Medycyna*, tygodnik lekarski warszawski, czytelnikom naszym dobrze znany, przeszedł na własność Dra. G. Fritschego, który niezadługo obejmie i redakcyję. Z całego serca życzymy nowemu właścicielowi i redaktorowi powodzenia; współzawodnictwo bowiem uczciwe jest bodźcem do zwiększonéj pracy, a pracy wszystkim nam potrzeba.

* **Mianowania i odznaczenia.** W Uniw. budapeszteńskim habilitowali się Dr. Szálardi dla statystyki lekarskiéj a Dr. Iszlay dla dentystyki; w Klausenburgu zaś Dr. Engel jako docent prywatny „dynamicznych przeszkód porodowych“ — Docent prywatny w Pradze czeskiéj Dr. Arnold Pick mianowany został prymaryjuszem i kierownikiem nowego zakładu dla obłąkanych w Dobrzanie.

* **Nekrologija.** D. 31 grudnia 1881 umarł we Lwowie Dr. Wojciech Wołek w 51 roku życia. Zmarły był wychowańcem Uniw. Jagiell i wykonywał we Lwowie praktykę okulistyczną.

W St. Mandé we Francyi umarł znakomity psychijatra Brière de Boismont w 84 roku życia.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 53: Chrostowskiego: Przypadek szkarlatyny i ospy razem przebiegającéj; Funka: Kilka słów o „*acne agminata.*“ — W *Medycynie* Nr. 52: Dobrzyckiego: Kilka słów w przedmiocie techniki inhalacyj stosowanych jako sposób bezpośredniego działania na miąższ płucny (c. d)

Redakcyja otrzymała:

Dr. LUBELSKI (w Warszawie): La Rage et l'hydrophobie dans le royaume de Pologne. (Osobne odbicie z „Revue d'hygiène“ 1881). Paryż 1881. in 8vo str. 16.

Prof. Dr. ADAMKIEWICZ: (w Krakowie): O peptonie. (Osobne odbicie z „Gazety Lekarskiéj“ 1881), in 8vo str. 10).

W sobotę dnia 14 stycznia 1882 o godz. 5 po południu odbędzie się w sali wykładowéj kliniki lekarskiéj Zgromadzenie ogólne Członków Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich.

Porządek dzienny: 1) Sprawozdanie z czynności Stowarzyszenia w roku ubiegłym. 2) Wybór Komisyi do sprawdzenia rachunków. 3) Wybór prezesa, wiceprezesa i 5 Członków Wydziału. 4) Ułożenie warunków porozumienia się z wydawnictwem Biblijoteki umiejętności lekarskich.

Prof. Dr. Korczyński.
Prezes Stow. wyd.

Na rzecz funduszu wdów i sierót po lekarzach nadesłał kol. Dr. Józef Ulanowski w Lublinie jako datek na rok 1882 rubli 4.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Steicla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 14 stycznia 1882. № 2. Rok XXI.

I. O oznaczaniu dolnéj granicy żołądka.

(Rzecz wykonana w klinice lek. tudzież w zakładzie anat. patolog. Uniw. Jagiell.)

Napisał Dr. Stanisław Ponikło
Docent Uniw. Jagiell. Asystent kliniki lek.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 1).

A) Własne doświadczenia na zwłokach.

Trudności i przeszkody badania: 1) Tężec pośmiertny, czasem wysokiego stopnia, sprawiający sztywność mięśni brzusznych, utrudnia wielce opukiwanie, a w przypadkach, gdzie uprzednio za pomocą zgłębnika wtłoczono do jamy żołądka powietrze, stoi na przeszkodzie łatwemu wydęciu żołądka.

2) Częstokroć z powodu silnego zaciśnięcia szczęki skutkiem tężca mięśni żwaczy wprowadzenie zgłębnika przez jamę ustną jest trudne a nawet niemożebne. Śród usiłowania rozwarcia gwałtownego jamy ustnéj za pomocą rozwieraczy może nastąpić wyłamanie zębów lub nawet powierzchowne zmiażdżenie szczęki (rzecz nieobojętna nawet przy doświadczeniach na zwłokach).

3) Zgłębnik natrafia regularnie w zwłokach na dość znaczny opór w górnéj części gardziela.

4) Z powodu tężca pozostaje powietrze wpompowane do jamy żołądka pod tak wysokiém ciśnieniem, iż około zgłębnika wprowadzonego przez jamę ustną uchodzi z sykiem a nawet przy wtłoczeniu większéj ilości powietrza przedziera się szczelinami zgłębnika angielskiego, co nie dozwala dokładnie wybadać granicy dolnéj żołądka, gdyż ta z powodu uchodzenia powietrza ustawicznie się zmienia.

5) W pewnéj ilości przypadków powietrze wtłoczone do żołądka nawet w miernéj ilości przedostaje się przez odźwiernik do jelit cienkich i takowe równocześnie wydyma; przy wpompowaniu znaczniejszéj ilości powietrza dzieje się to stale. (Odźwiernik na zwłokach słabo tylko lub wcale nie domyka, jak mnie liczne doświadczenia przekonały).

Aby o ile to było możebne te przeszkody usunąć lub takowe przynajmniéj zmniejszyć, postępowałem w sposób następujący:

1) Badałem, o ile okoliczności na to pozwalały, zwłoki świeże, w kilka godzin po śmierci: wtedy czasem tężec nie był jeszcze w zupełności rozwinięty.

2) W seryi doświadczeń, gdzie zastosowywałem uprzednio wydęcie żołądka powietrzem, nie wprowadzałem zgłębnika przez jamę ustną, lecz wycinałem dno jamy ustnéj wraz z językiem, podniebieniem miękkiem i tylną ścianą przełyku; wsuwałem następnie zgłębnik i odpreparowawszy gardziel poniżéj chrząstki pierścieniowéj obwiązałem takowy silną nicią koło zgłębnika. Górny koniec zgłębnika był w połączeniu z rurką kauczukową na kilka centimetrów na zgłębnik zachodzącą, którą po wpompowaniu powietrza uciskałem klamrą. Tym sposobem zapobiegałem uchodzeniu powietrza podczas doświadczenia.

3) Aby przeszkodzić dostawaniu się powietrza do jelit przez odźwiernik w przypadkach, gdzie chciałem żołądek znaczniéj wydąć, uskuteczniałem na 2—3 cm. na prawo od linii środkowéj cięcie na 5—6 cm. długie podłużnie przez powłoki brzuszne; przez otwór w ten sposób powstały wprowadzałem palec do jamy brzusznéj, aby wymacać górną część dwunastnicy; takową ostrożnie wyciągnąłem przez otwór i grubą nicią kilkakrotnie podwiązałem, na koniec wpuściwszy jelito do jamy brzusznéj ranę dokładnie zaszyłem. Przy tém postępowaniu zwracałem baczną uwagę na to, aby się powietrze do jamy otrzewnowéj nie dostało, co przy silném napięciu stężałych ścian brzusznych udawało się. Tym sposobem przeszkodziłem w zupełności dostawaniu się powietrza do jelit, nie zmieniwszy w niczém ułożenia trzew.

W pierwszéj seryi doświadczeń opukiwałem w pozycyi zwłok na wznak okolicę żołądka i starałem się oznaczyć dolną granicę takowego w linii środkowéj, przymost-

kowéj lewéj, sutkowéj i pachowéj przedniéj. Zwracałem przytém uwagę na następujące znaki rozpoznawcze:

1) na różnicę wysokości odgłosu bębenkowego nad żołądkiem i jelitami,

2) gdzie tego zauważyć nie mogłem dokładnie i regularnie, w ogóle na różnicę siły i barwy odgłosu wypukowego,

3) na wzmożony odgłos *(vermehrter Widerhall)* przy równoczesném osłuchiwaniu,

4) na podźwięk metaliczny przy osłuchiwaniu,

5) na granicę możebnego w okolicy żołądka stłumienia odgłosu wypukowego z powodu nagromadzenia w żołądku znaczniejszéj ilości płynu.

Granicę żołądka na podstawie tych znaków rozpoznawczych przypuszczoną oznaczałem we wspomnianych linijach ołówkiem krédkowym barwnym. Następnie otwierałem jamę brzuszną cięciem podłużném, cięcia poprzecznego dla uniknięcia zmiany położenia trzew nie wykonywałem i porównywałem wyniki badania z rzeczywistą dolną granicą żołądka.

D. 1.) S. T., mężczyzna l. 20. Tężec mierny. Okolica żołądka zarysów prawidłowych. Dolna granica żołądka daje się odróżnić po różnicy odgłosu wypukowego jawnego bębenkowego i stłumionego poniżéj występującego w pasie na 3 cm. szerokim. Przypuściwszy, iż żołądek wypełniony jest płynem, uważałem dolną granicę stłumienia za dolną granicę żołądka i takową oznaczyłem:

[1]) L'Sr = poziom pępka
LPMl = 1 cm. + p. pępka
LStl = 1 cm. + p. pępka.

Sekcyja wykazała jednak, iż pas odgłosu stłumionego nie pochodził od płynu zawartego w żołądku, lecz od wypełnionéj znacznie kałem płynnym poprzecznicy, bezpośrednio do żołądka przylegającéj. Pomyłka polegała zatém na policzeniu wypełnionéj płynem poprzecznicy do żołądka.

D 2. B. S., mężczyzna lat 20. Tężec wyraźny. Nie można za pomocą perkusyi oznaczyć dolnéj granicy żołądka: na całym brzuchu prawie wszędzie jednakowy odgłos wypukowy, jawny i bębenkowy. Różnicy wysokości wykazać nie można.

Sekcyja wykazała: Żołądek znacznie skurczony, bardzo mało gazu zawierający, w całości wyżéj łuku żebrowego umieszczony.

D. 3. S. G., lat 60, mężczyzna. Opukiwaniem bezpośredniém dolnéj granicy oznaczyć nie można. Wpompowano mierną ilość powietrza do żołądka, poczém granica dolna dokładnie oznaczyć się dała wedle różnicy wysokości odgłosu bębenkowego, który nad żołądkiem był znacznie niższy. Przy wpompowywaniu coraz większéj ilości powietrza następowały wyraźne zmiany w jakości odgłosu wypukowego.

1) przy miernéj ilości powietrza odgłos bębenkowy jawny, średniéj wysokości, bez podźwięku metalicznego;

2) przy wtłaczaniu znaczniejszéj ilości powietrza odgłos wypukowy stawał się coraz niższy; przy pewném jeszcze niezbyt znaczném napięciu poczynał występować podźwięk metaliczny;

3) przy dalszém wtłaczaniu podźwięk metaliczny stawał się coraz wyraźniejszy;

4) przy wpompowaniu bardzo znacznéj ilości powietrza niknął podźwięk metaliczny, wreszcie i bębenkowość odgłosu ustępowała odgłosowi wypukowemu jawnemu niebębenkowemu.

Sekcyja wykazała, iż dolna granica żołądka była dokładnie oznaczoną. Bezpośrednio do dolnéj granicy żołądka przylegała poprzecznica miernie wydęta. Granicy nie podaję, gdyż ta zmieniała się wedle ilości wpompowanego powietrza; kładę tylko nacisk na zmianę jakości odgłosu wypukowego w różnym stopniu napięcia.

D. 4. N. N., kobieta około lat 30. Przypuściłem wedle różnicy wysokości odgłosu bębenkowego granicę dolną żołądka, jak następuje:

LPMpr = 3.5 + p. pępka
LPMl = 2.0 + „ „
LPp = 2.0 + „ „

Pas na 2 cm. szeroki powyżéj tych granic dawał odgłos wypukowy stłumiono bębenkowy.

Sekcyja wykazała błędność oznaczenia: żołądek skurczony, w całości popod łukiem żebrowym umieszczony, poniżéj poprzecznica wydęta i płynem częściowo wypełniona (stłumiono- bębenkowy), poniżéj poprzecznicy mało wydęte pętle jelita cienkiego. Pomyłka polegała na zaliczeniu wydętéj poprzecznicy do żołądka.

D. 5. W. K., mężczyzna, l. 31. Perkusyją oznaczono, po różnicy wysokości odgłosu wypukowego bębenkowego, dolną granicę żołądka w LPMl = poziom pępka

LStl = 1 ctm. + p. pępka
LPp = 2 ctm. + „ „

Wpompowano następnie średnią ilość powietrza. Okolica żołądka wyraźnie się wypukliła, dolnéj jednak granicy nie można było wymacać. Gdy przed wydęciem granica dolna (prawdopodobnie) dała się wykazać po różnicy wysokości, po wydęciu prawie na całym brzuchu otrzymano odglos wypukowy jednakowy. Sekcyja wykazała, iż powietrze dostało się przez odźwiernik do jelit; ostatnie były znacznie wydęte.

D. 6. Mężczyzna l. 30. Przez bezpośrednie opukiwanie żołądka oznaczyć nie można. Również zastosowanie opukiwania i równoczesnego osłuchiwania nie prowadzi do pożądanego celu.

Wydęto żołądek powietrzem „średnio“. Wtedy oznaczyłem po różnicy wysokości dolną granicę w

LPMl = 4 cm. + p. pępka
LStl = 2 cm. + „ „

Równoczesne osłuchiwanie za pomocą stetoskopu wykazało wyraźny, w powyżéj podanych granicach słyszalny, podźwięk metaliczny.

Sekcyja potwierdziła wynik badania w zupełności: Poniżéj żołądka przebiegała poprzecznica miernie powietrzem wydęta. Następnie (już po przecięciu powłok brzusznych w linii środkowéj tylko i po uwidocznieniu tym sposobem ułożenia trzew, przyczém starałem się, aby ściany brzuszne przylegały dokładnie do jelit i żołądka) wypełniałem w różnym stopniu żołądek. Okazało się, iż po podźwięku metalicznym przy opukiwaniu i równoczesném osłuchiwaniu dała się dolna granica żołądka oznaczyć, jednak tylko przy średniém napięciu żołądka podźwięk metaliczny występował.

D. 7. N. N., mężczyzna l. 35. Przy opukiwaniu bezpośredniém żadną miarą dolnéj granicy żołądka oznaczyć nie można. Wpompowano „średnią“ ilość powietrza: granicę

[1]) L'Sr = linija środkowa, LPMl = linija przymostkowa lewa = LPMpr = linija przymostkowa prawa. LSt = linija sutkowa wyżéj lub niżéj poziomu pępka oznaczone znakami + i —. LPp = linija pachowa przodkowa.

dolną oznaczono w LSr = 2 ctm. + p. pępka, w LPMl 4 cm. poniżéj łuku żebrowego w LStl pod samym łukiem żebrowym. Uczyniono to na podstawie różnicy odgłosu wypukowego bębenkowego niskiego nad żołądkiem i obecności podźwięku metalicznego. Sekcyja wykazała prawdziwość oznaczenia. Następnie, już po otwarciu jamy brzusznéj (tylko cięciem podłużném), podwiązano dwunastnicę i przyłożono powłoki brzuszne dokładnie do jelit: przy opukiwaniu i równoczesném osłuchiwaniu stwierdzono obecność podźwięku metalicznego dokładnie w granicach żołądka.

D. 8. Na podstawie wyniku poprzedzającego doświadczenia podwiązano przez mały otwór, po stronie prawéj linii środkowéj wykonany, dwunastnicę i otwór zaszyto, bacząc, aby do jamy otrzewnowéj, ile możności powietrze się nie dostało. Potém wtlaczano przez zgłębnik powietrze i wówczas wystąpiła wyraźna różnica wysokości odgłosu wypukowego bębenkowego (przed wtłoczeniem powietrza nie było żadnéj), która zdawała się wskazywać dolną granicę żołądka. Granica ta znachodziła się w LPMl 3·5 cm. + p. p. w LPp w poziomie łuku żebr.

Sekcyja wykazała prawdziwość oznaczenia. Kontury rozdętego żołądka nie uwidoczniły się przez powłoki brzuszne. Gdy po otwarciu jamy brzusznéj różne ilości powietrza wtłaczano do żołądka i takowy bezpośrednio opukiwano, stwierdzono bardzo wyraźny podźwięk metaliczny w żołądku, który jednak przy mocniejszém napięciu ścian żołądka ustępował.

D. 9. S. K., mężczyzna, l. 57. Dolna granica żołądka daje się wybadać po różnicy wysokości odgłosu bębenkowego. Granicę oznaczono w LStl i LPMl nieco tylko pod łukiem żebrowym; poniżéj odgłos wypukowy znacznie wyższy.

Sekcyja wykazała: żołądek skurczony, w całości pod łukiem żebrowym umieszczony.

D. 10. M. P., kobieta l. 18. Przy opukiwaniu otrzymujemy odgłos wypukowy bębenkowy dość niski nad łukiem żebrowym lewym, poniżéj bębenkowy, nieco stłumiony, lecz wybitnéj różnicy wysokości dostrzedz nie można. Granica między jawnym bębenkowym a stłumiono bębenkowym poniżéj przebiega mniéj więcéj równo z łukiem żebrowym lewym.

Sekcyja: Żołądek skurczony, cały powyżéj łuku żebrowego umieszczony; od linii przymostkowéj począwszy przebiega poprzecznica wypełniona kałem (stłumienie).

D. 11. N. N., kobieta l. 35. Przy perkusyi otrzymujemy w przestrzeni Traubego odgłos wypukowy bębenkowy aż do łuku żebrowego, poniżéj na 4 cm. w pasie nieregularnym stłumiony, niżéj bębenkowy, dość niski. Granicy dolnéj żołądka zatém oznaczyć nie można.

Sekcyja okazała: Granica dolna żołądka nie dała się oznaczyć, gdyż żołądek był zupełnie skurczony. Stłumiono-bębenkowy odgłos wydawała kałem wypełniona poprzecznica.

D. 12. N. N., mężczyzna około l. 40. Opukiwaniem bezpośredniém bardzo dokładnie daje się wybadać dolna granica żołądka po niskim bębenkowym odgłosie w odróżnieniu od bardzo wysokiego bębenkowego poniżéj w Lsr = połowa odstępu wyrostka mieczykowatego od pępka,

w LPMl = 5 cm. poniżéj łuku żebrowego
w LStl = 3 cm. niżéj „ „
w LPp = oznaczyć się granica nie da, gdyż tam występuje stłumienie.

Sekcyja stwierdza w zupełności wyniki opukiwania. Popod żołądkiem bezpośrednio przebiegają pętle jelita cienkiego mało wydęte gazem i poziomo, do siebie wzajemnie równolegle przebiegające, poniżéj, pętle jelita cienkiego pokręcone i nieco więcéj rozdęte. Stłumienie od linii pachowéj przedniéj tłumaczy się obrzękiem śledziony skrobiowatéj.

Zwracam tu tymczasowo uwagę na ułożenie pętli jelita cienkiego, o czém poniżéj.

D. 13. N. N., kobieta l. 30. Przy opukiwaniu powyżéj łuku żebrowego lewego odgłos wypukowy bębenkowy niski nieco odmienny, lecz od pierwszego wyraźnie odróżnić się niedający mniéj więcéj do poziomu pępka, poniżéj znacznie wyższy. Dolnéj tedy granicy żołądka oznaczyć nie można, gdyż z powodu małego wypuklenia brzucha trudno przypuścić, aby żołądek sięgał aż do poziomu pępka.

Sekcyja wykazała: Żołądek w granicach prawidłowych, bezpośrednio pod takowym bardzo znacznie rozdęta poprzecznica (granica bębenkowego niskiego), poniżéj pętli jelita cienkiego (wysoki).

D. 14. Kobieta l. 50. Brzuch wzdęty miernie. Na całym brzuchu otrzymujemy odgłos wypukowy bębenkowy jednakiéj wysokości, tak że żadną miarą nie można sobie wyrobić wyobrażenia o granicach żołądka. Także osłuchiwanie połączone z opukiwaniem nie daje żadnych wyników.

Sekcyja wykazuje: Żołądek mało wydęty, w całości powyżéj łuku żebrowego ułożony; tuż pod nim bardzo znacznie wydęta poprzecznica (prawie do rozmiarów żołądka); poniżéj pętle jelita cienkiego również znacznie wydęte.

D. 15. Kobieta l. 30. Przez opukiwanie można oznaczyć granicę pomiędzy bębenkowym niskim a wyższym poniżéj w Lsr = połowa odstępu wyrostka mieczykowatego od pępka

w LPMc 1cm. + p. pępka
w LStl 2cm. + p. „
w LPp 4cm. + p. „ (!)

Sekcyja wykazuje: Żołądek mało gazem wydęty, w całości wyżéj łuku żebrowego ukryty; poprzecznica mocno wydęta i ukośnie ułożona (ztąd granica w linii pachowéj znacznie niższa). Oznaczono tedy fałszywie dolną granicę poprzecznicy zamiast granicy samego żołądka.

D. 16. Mężczyzna lat 30. Przez opukiwanie można dokładnie oznaczyć granicę żołądka po wyraźnéj różnicy wysokości odgłosu wypukowego

w LSr } na 2cm. + p. pępka.
w LPM }
w LPp }

Sekcyja wykazuje prawdziwość oznaczenia: żołądek miernie wydęty; pętle jelita cienkiego przylegają doń bezpośrednio — miernie rozdęte gazem.

D. 17. Mężczyzna lat 40. Zdaje się, iz można oznaczyć dolną granicę żołądka przez bezpośrednią perkusyję, gdyż w Lsr., LStl, LPMb poziom pępka odgranicza odgłos wypukowy bębenkowy wielce różnéj wysokości.

Sekcyja wykazuje zupełną mylność rozpoznania: żołądek jest pokryty wraz z poprzecznicą bezpośrednio pod nim ułożoną mocno wydętemi i pokręconemi pętlami jelita cienkiego; w miejscach, gdzie wybadano odgłos wyższy, pętle jelitowe przebiegają pasmowato, nie pokręcone, równolegle do siebie.

D. 18. Z. M. l. 20, kobieta. Opukując okolicę żołądka można oddzielić od siebie 3 pasma odgłosu wypukowego:
1) pasmo odgłosu bębenkowego niskiego } oba z podźwię-
2) pasmo odgłosu bębenk. nieco wyższ. } kiem metaliczn.

3) pasmo odgłosu bębenkowego wysokiego, bez podźwięku metalicznego. Odpowiednio granicy 2go i 3go pasma przypuszczono dolną granicę żołądka.

Sekcyja wykazuje, iż w 1éj warstwie leży żołądek, bezpośrednio pod nim rozdęta poprzecznica, a poniżéj pętle jelita cienkiego m i e r n i e w y d ę t e.

D. 19. Kobieta l. 30. Przez małą ranę po prawéj stronie linii środkowéj wyciągnięto dwunastnicę i takową podwiązano. Następnie po zaszyciu rany wtłaczano powietrze. Okolica dołka podsercowego wypukiiła się bardzo wyraźnie, lecz nie dawała przy opukiwaniu odgłosu odmiennego, niż poniżéj. Zatém i rozdętego żołądka nie można było oznaczyć.

D. 20. J. W. l. 60. Bezpośrednio przez perkusyję nie można dokładnie oznaczyć dolnéj granicy żołądka. Wprawdzie jest niejaka różnica wysokości odgłosu wypukowego, jednakowoż dokładnie i ściśle ocenić jéj nie można. Natomiast przy opukiwaniu i równoczesném osłuchiwaniu otrzymujemy „w z m o ż o n y o d g ł o s“ i po tym objawie oznaczono dolną granicę żołądka w Lsr = w połowie odstępu żołądka mieczykowatego od pępka w LPM 1 cm. wyżéj, w LStl 3 cm. wyżéj.

Sekcyja wykazuje, iż dolna granica żołądka miernie gazem wydętego leży tylko na $^1/_2$cm. wyżéj, poniżéj pętle jelita cienkiego, poprzecznica ukryta popod niemi.

D. 21. Dziewczyna 10-letnia. Bezpośrednio zapomocą perkusyi żołądka oznaczyć nie można: wszędzie jednakiéj wysokości odgłos wypukowy.

Sekcyja wykazuje: żołądek w całości ułożony powyżéj łuku żebrowego, poniżéj znacznie wydęte, pokręcone pętle jelita cienkiego.

Z e s t a w i e n i e p o w y ż s z y c h d o ś w i a d c z e ń: Widzimy, iż z pomiędzy 21 przytoczonych doświadczeń zaledwie w 6ciu, t. j. w d. 5, 8, 9, 12 i 16, można było z pewną dokładnością bezpośrednio za pomocą perkusyi oznaczyć dolną granicę żołądka. W przypadkach tych okazał się żołądek przy sekcyi wydęty przynajmniej średnio gazem i przytykał od dołu do przecznicy mało wydętéj, albo do pętli jelita cienkiego również słabo tylko albo „średnio“ wydętych. Cechą rozpoznawczą była w tych przypadkach wyraźna różnica wysokości odgłosu bębenkowego: nad żołądkiem był nizki i pełniejszy, poniżéj znacznie wyższy i mniej pełny. W doświadczeniu 4 i 13ém oznaczono fałszywie zamiast dolnéj granicy żołądka, dolną granicę poprzecznicy znacznie gazami wydętéj: poprzecznica wydęta dawała w tych przypadkach odgłos wypukowy równéj wysokości jak żołądek. W 2 przypadkach usiłowano w dniu 1 i 10 oznaczyć dolną granicę żołądka dość wydętego po dolnéj granicy odgłosu wypukowego stłumionego, przypuszczając, iż jest wypełniony nadmiernie płynem. W obu przypadkach pochodziło stłumienie odgłosu wypukowego od wypełnionéj kałem poprzecznicy, nie zaś od płynu w żołądku. W doświadczeniu 14ém, gdzie opukiwanie na całym brzuchu wykazywało odgłos wypukowy jednakiéj wyskokości, sekcyja wykazała, iż tak żołądek, jak przytykająca doń od dołu poprzecznica jak wreszcie i pętle jelita cienkiego znacznie w y d ę t e i p o k r ę c o n e zupełnie jednakowy odgłos wypukowy wydawały. W doświadczeniu 17 tak żołądek jak poprzecznica były w całości pokryte pętlami jelita cienkiego powydymanemi znacznie i pokręconemi: odgłos wypukowy był też wszędzie jednakowéj wysokości i barwy.

W n i o s k i: Dolną granicę żołądka można oznaczyć bezpośrednio za pomocą perkusyi w następujących okolicznościach:

1) Jeśli żołądek jest do p e w n e g o s t o p n i a wypełniony gazem, tak aby przynajmniéj nieco wystawał krzywizną wielką po pod łukiem żebrowym.

2) Jeśli do niego od doła przylega poprzecznica mało wydęta, nie wypełniona płynem albo kałem.

3) Jeśli doń przytykają od dołu pętle jelita cienkiego mało lub miernie wydęte, zwłaszcza więcéj p a s m o w a t o przebiegające [1]).

4) Jeśli nie jest pokryty pętlami jelita cienkiego.— W braku którejkolwiek z powyższych okoliczności oznaczenie dolnéj granicy żołądka r o z m i a r ó w p r a w i d ł o w y c h jest bardzo względne a często niemożebne.

P o u p r z e d n i é m s z t u c z n é m w y d ę c i u ż o ł ą d k a. We wszystkich tych przypadkach, gdzie przed opukiwaniem sztucznie za pomocą zgłębnika wypełniono powietrzem żołądek, prócz d. 19go, oznaczenie dolnéj granicy żołądka nie napotykało na trudności; już po różnicy wysokości można było takową oznaczyć. Nadto wykazują powyższe doświadczenia, iż uwzględnianie p o d ź w i ę k u m e t a l i c z n e g o w opukiwaniu i równoczesném osłuchiwaniu stetoskopem ma pewną wartość rozpoznawczą: Podźwięk metaliczny (v. Leichtenstern) występuje jednak tylko przy miernem średniém napięciu ścian żołądka, zmienia swą wysokość w różnych stopniach napięcia ścian żołądka a w znaczniejszém napięciu niknie w zupełności. W doświadczeniu 3 i 6 zdołałem za pomocą podźwięku metalicznego dość dokładnie oznaczyć granicę żołądka.

Jednak przyznać muszę, iż w tych przypadkach, w których podźwięk metaliczny występuje, prawie zawsze po różnicy wysokości odgłosu wypukowego dolną granicę oznaczyć można. W 1szym przypadku w d. 20 nie wybadałem wprawdzie podźwięku metalicznego, lecz tylko silny i nieco dźwięczny „wzmożony odgłos“ *(vermehrter Widerhall).*

W n i o s k i: 1) Dolną granicę żołądka znaczniéj wydętego sztucznie prawie zawsze oznaczyć można przez opukiwanie po różnicy wysokości odgłosu bębenkowego.

2) Dla skontrolowania wyniku badania może służyć podźwięk metaliczny, wybadany przez równoczesne osłuchiwanie, jednak na samym podźwięku polegać nie można.

3) W znaczniejszém wydęciu żołądka na zwłokach powietrze dostaje się także do jelit. W takim przypadku wyniki badania są względne *(v. Ebstein Incontinenz des Magens).* (C. d. n.)

II. Spostrzeżenia nad nerką wędrującą.

Skreślił Dr. B. Skórczewski,
lekarz zdrojowy w Krynicy.

(Dokończenie. Patrz Nr. 1).

Twierdzeniu L a n d a u a, jakoby przez wypuk bardzo łatwo było rozpoznać lewą nerkę wędrującą, muszę stanowczo przeczyć, albowiem zazwyczaj w tych przypadkach

[1]) Stwierdziłem doświadczeniami na zwłokach, iż pętle jelita cienkiego zupełnie wyprostowane w linii prostéj przebiegające wydają odgłos wypukowy w y ż s z y, niż téj saméj długości pętle jelita jednakowo wydęte lecz p o k r ę c o n e. Tłumaczyłbym sobie to zjawisko tak, iż pętla pokręcona przedstawia jamę powietrzną komunikującą węższym otworem z dalszą częścią jamy jelita i w skutek tego tak, jak to stwierdzamy nad jamami suchotniczemi, przy otwarciu i zamknięciu ust wydaje odgłos wypukowy niższy (wedle maksymy, iż przestrzeń powietrza zamknięta wydaje tém wyższy odgłos wypukowy, im szerszym otworem komunikuje z powietrznią).

stłumienie pochodzące od śledziony łączy się ze stłumieniem pochodzącém od nerki i nie mamy wtedy żadnych podstaw, aby stanowczo rozstrzygnąć: czy znajdujemy tylko powiększoną śledzionę czy też śledzionę prawidłową a nerkę obniżoną lub wreszcie nie znajduje się obok powiększonéj śledziony także nerka wędrująca. Mojém zdaniem rozpoznać to można jedynie przez macanie, uwzględniając przytém rezultat otrzymany przez pukanie, i to raz wtedy, gdy potrafimy znaleźć wnękę nerki, albo też gdy obok nerki zdołamy wykazać powiększoną śledzionę. Niekiedy jednak spotyka się takie trudności, których na razie przezwyciężyć nie podobna.

Zdaje mi się, że twierdzenie Landaua, iż w patogenezie nerki wędrującéj brzuch obwisły bardzo ważną, jeśli nie wyłączną, odgrywa rolę, w dalszych spostrzeżeniach należy poddać ściśléj krytyce. Być bowiem może, że brzuch obwisły o tyle tylko ma znaczenie w nerce wędrującéj, o ile takową w tych razach łatwiej możemy rozpoznać dla większéj podatności powłok brzusznych. Gdyby się udało wykluczyć ścisły związek między powstawaniem nerki wędrującéj a brzuchem obwisłym, to tém samém zachciałoby się wiele hipotez Landaua i innych co do związku między powodami a występowaniem nerki wędrującéj. Do tych uwag skłania mnie nietylko niezbyt przekonywająco przedstawiony mechanizm usuwania się nerki ze swego położenia skutkiem brzucha obwisłego, a po części także skutkiem porodów, ale także rezultat moich spostrzeżeń. Skoro bowiem Landau na dowód swego twierdzenia podaje ten szczegół, że na 42 przypadki przez siebie obserwowane tylko w jednym nie było brzucha obwisłego, a tylko dwie osoby z nerką wędrującą nie rodziły; to w moich spostrzeżeniach były prawie równe ilości nerki wędrującéj u kobiet, które nie rodziły (16), a które rodziły (19). W żadnym przypadku nie dostrzegłem brzucha obwisłego, ale za to ułatwione miałem ścisłe badanie narządów brzusznych przez to, że to były osoby osłabione, wątłe, niedokrewne, a ich powłoki brzuszne były cienkie i podatne.

Jak mało przekonywającém jest uzasadnienie Landaua związku przyczynowego między brzuchem obwisłym a tém samém i porodami a nerką wędrującą; tak samo słabe są jego dowody zaprzeczające związku przyczynowego między obrzękami wątroby i śledziony a nerką wędrującą. Wielu autorów (Rayer, Rollet) zaznacza ucisk przez powiększenie się sąsiednich narządów, mianowicie przez obrzęki wątroby i śledziony, jako ważną przyczynę ruchomości nerek; jednak nie słusznie. Wprawdzie w zimnicy lub w białaczkowych obrzękach śledziony, w przerosłéj wątrobie i obrzękach wątroby znajdowano także równocześnie nerkę wędrującą; że jednak nie w tém leży przyczyna ruchomości nerki, to na pewno wypływa ze spostrzeżenia, iż w tych cierpieniach nie zawsze zjawia się nerka wędrująca. Że zaś wzrost obrzęków śledziony i wątroby nadto odbywa się wzdłuż przedniéj powierzchni nerek, a nie w przedłużeniu osi podłużnéj, to przez takowy powinny być nerki raczéj utrzymywane w swém położeniu a nie spychane.

Ani jeden ani drugi z tych dowodów wcale nie przekonywa o słuszności przeczenia dawnym poglądom. Zwłaszcza ostatni dowód jest zbyt naciągany i nieprawdopodobny. W jakiż bowiem sposób możnaby przypuścić, aby ciśnienie wywołane przez obrzękającą wątrobę lub śledzionę a rozpoczynające się od górnéj $1/3$ części nerki i posuwające się ku dołowi choćby po zewnętrznéj płaszczyźnie nerki mogło jéj nie spychać, ale ją więcéj na miejscu utrzymywać? Drogą rozumowania chętniéj przyłączam się w tym względzie do poglądów Rayera, Rolleta i i. a wyrażenie się w tym względzie Cruveilhiera, że pod ciśnieniem wątroby wyciśniętą zostaje nerka tak, jak pestka z wiśni między dwoma palcami, wydaje mi się jako bardzo trafne.

Do tego mniemania skłania mnie także rezultat spostrzeżeń, albowiem 21 przypadków przezemnie obserwowanéj nerki wędrującéj łączyło się z zimniczemi obrzękami śledziony, a nie było takowych tylko w 14 przypadkach. Co więcéj, tylko 3 przypadki lewéj nerki wędrującéj wystąpiły bez obrzękłéj śledziony, a 13 przypadkom ten obrzęk towarzyszył; podczas gdy w 11 przypadkach prawéj nerki wędrującéj nie było obrzękłéj śledziony, a była w 13 przypadkach.

Już Dietl (*Wandernde Nieren und deren Einklemmung. Wien med. Wochenschrift 1864)* podniósł ogólnikowo ten szczegół, że choroby gorączkowe, a osobliwie zimnica i tyfus, ważną odgrywają rolę w patogenezie nerki wędrującéj. Za punkt wyjścia w tych razach można przypuścić albo że pod wpływem gorączki wiotczeją tkaniny w ogóle, a tém samém i tkaniny utrzymujące nerkę w naturalném położeniu, albo, że skutkiem gorączki zostaje zużyty tłuszcz otaczający nerkę, przez co takowa łatwiéj może się wysunąć ze swego położenia, jak Landau utrzymuje, albo wreszcie, że przez zwiększone ciśnienie obrzękłą wątrobą lub śledzioną nerka bywa spychaną ku dołowi. Najprawdopodobniéj wszystkie te trzy szczegóły razem się tu ze sobą łączą i wzajemnie się wspierają.

Temi wywodami nie zamierzam twierdzić, że choroby gorączkowę, że obrzęki śledziony i wątroby, zawsze uważać należy za główną przyczynę nerki wędrującéj; ale tylko staram się zwalczyć przeczenie, iż tym obrzękom nie można żadnego przypisywać znaczenia przyczynowego, a zarazem pragnę zwrócić uwagę, że na ten szczegół więcéj baczyć należy w dalszych spostrzeżeniach nad nerką wędrującą, niż to dotychczas czyniono.

Pozostaje mi jeszcze kilka uwag nad niektóremi zboczeniami pojawiającemi się w nerce wędrującéj. Jedni uważają je za przyczynę, inni za skutek. Obecnie rozstrzygać tego nie można, ale też nie należy szczegółów pomijać.

Najczęściéj występują zboczenia w przewodzie pokarmowym, a z tych według moich spostrzeżeń zwątlenie zjawia się bardzo często, bo w 80%. Mnie się zdaje, że należy je uważać za skutek a nie za przyczynę nerki wędrującéj, jak to starałem się przedstawić w nadmienionéj już pracy o atonii żołądka i jelit (Pam. Tow. lek. warsz. 1878). Zazwyczaj w tych przypadkach prócz przewodu pokarmowego wszystkie tkaniny w mniejszym lub większym stopniu bywały wątłe, a raz tylko w przypadku tutaj niezaliczonym, gdyż nie pochodził on z praktyk' lekarskiéj w Krynicy, znalazłem prawą nerkę wędrującą u osoby otyłéj, względnie zupełnie zdrowéj, i przez 7 lat ogólne zwątlenie nie wystąpiło. Podnoszę ten przypadek właśnie dlatego, iż takowy jest w sprzeczności z wszystkiemi 35 przypadkami przezemnie spostrzeganemi.

Zboczenia w układzie nerwowym również często towarzyszą nerce wędrującéj, i prawdopodobnie jeżli nie są przez nią wywołane bezpośrednio to przynajmniéj pośrednio, skutkiem zaburzeń w innych narządach. Na wstępie umieszczone liczby co do innych rodzajów zboczeń nerwowych z jednéj strony świadczą, że nerki wędrującéj nie można

obwiniać, jakoby była przyczyną histeryi. Odsetek takowéj jest niski, zaledwie 14%, podczas gdy Chrobak podaje 42% a Lancereaux aż 100%. Ale z drugiéj strony ani dotychczasowa empiryja ani rozumowanie nie sprzeciwiają się przypuszczeniu, że nerka wędrująca sama przez się może przyczyniać się do powstawania niedomogi nerwowéj (*Neurasthenia*), a têm samêm w danym przypadku może usposobić do histeryi.

Zboczenia w narządzie rodnym przezemnie spostrzegane w nerce wędrującéj ani częstością ani jakością nie upoważniają mnie do twierdzenia, iżby one były przyczyną albo też skutkiem nerki wędrującéj. Że w danym przypadku niektóre cierpienia tego narządu mogą sprowadzać nerkę wędrującą, temu wcale nie zaprzeczam; nie wydaje mi się jednak prawdopodobném, aby w tych chorobach tak często zachodził związek przyczynowy, jak to Landau przypuszcza.

Zwracając uwagę na mocz spostrzegłem w jednym tylko przypadku prawéj nerki wędrującéj u mężczyzny, iż ślady białka stale przez parę lat występowały w większéj lub mniejszéj ilości. Reszta zaś składników moczu nie pozwalała mi wnioskować o cięższém schorzeniu nerek. W drugim przypadku lewéj nerki wędrującéj, także u mężczyzny (bez obrzęku śledziony), w nieregularnych kilkotygodniowych odstępach czasu pojawiały się silne krwotoki nerkowe, ale po takowych w moczu nie znajdowałem ani białka ani żadnych ważniejszych zmian.

Kreśląc te rozproszone spostrzeżenia nad nerką wędrującą nie usiłuję ich wiązać ze sobą w jeden obraz chorobowy, a to dla tego, że z prac dotychczasowych przekonałem się, iż materyjał w tym względzie jest mały, niedostateczny i jednostronny. Skutkiem tego dziś wysnute wnioski mogą być prawdziwe tylko dla nielicznych przypadków chorobowych, a wcale nie rozjaśniają ogólnego obrazu. Powiedziałbym, że jest przeciwnie. Tego rodzaju wnioski zaciemniają jeszcze tę sprawę, gdyż przyczyniają się do pewnych uprzedzeń. Mojém zdaniem sprawa nerki wędrującéj dzisiaj głównie tego wymaga, aby unikać błędu nierozpoznawania nerki wędrującéj, oraz aby spostrzeżenia nad tą chorobą ściśle a bezstronnie zapisywano i ogłaszano, aby jak najliczniejszy zgromadzić materyjał. Gdy ten będziemy mieli w dostatecznéj ilości i jakości, wtedy łatwo da się złożyć należyty, ogólny, pogląd na tę chorobę.

III. Oceny i sprawozdania.

Mauthner: **Vorträge aus dem Gesammtgebiete der Augenheilkunde. Glaucoma**, Wiesbaden, Bergmann, 1881.

Właściwéj przyczyny jaskry dotąd nieznamy a najlepszym dowodem tego są liczne teoryje. Do najskrajniejszych zapatrywań przyznaje się Mauthner, zaprzeczając, aby w oku jaskrą dotkniętém powstawało istotne zagłębienie tarczy nerwu wzrokowego czyli ekskawacyja skutkiem podwyższonego ucisku śródocznego, natomiast przypuszcza, że tylko blaszka sitowa wraz z grubszemi naczyniami ustępuje ku tyłowi, podczas gdy zupełnie przeźroczyste włókna nerwu wzrokowego położenia swojego nie zmieniają.

Co do istoty rzeczy autor nie widzi różnicy pomiędzy rozmaitemi rodzajami jaskry. Ze względów praktycznych i dydaktycznych dzieli jednak przypadki jaskry na przewlekłe i ostre, które mogą być zapalne i nie zapalne. Najwybitniejsze objawy choroby są tak zwana ekskawacyja tarczy nerwu wzrokowego i podwyższenie ucisku śródocznego. Ani jeden ani drugi objaw nie stanowi istoty rzeczy. Są przypadki jaskry, w których albo tylko zagłębienie tarczy albo tylko podwyższenie ucisku śródocznego napotykamy, z czego autor wnosi, że zapewne zdarzać się muszą przypadki jaskry bez zagłębienia tarczy i bez podwyższenia ucisku śródocznego (?).

Jako jeden z najgłówniejszych argumentów przemawiających za jego teoryją przytacza Mauthner tę okoliczność, na którą on pierwszy zwrócił uwagę, iż zdolność rozpoznawania ilości światła (*Lichtsinn)* w przypadkach jaskry jest upośledzoną. Z tego wynika, że istotę jaskry stanowi choroba pierwocin wrażliwych na światło (*der lichtempfindenden Elemente)*, która się przenosi na pierwociny przewodzące wrażenia światła (*lichtleitende)*. Znaczy to tyle, że jaskra jest rodzajem *Chorioretinitis*. Tak zwane charakterystyczne ścieśnienia pola widzenia zdarzają się tylko w pewnéj stosunkowo niewielkiéj ilości przypadków, a więc nie są charakterystyczne; natomiast napotykamy wszystkie rodzaje ścieśnienia pola widzenia, hemijanopsyję, dośrodkowe ścieśnienie, ścieśnienie jak w *retinitis pigmentosa* itd. Jeżeli upośledzenie bystrości wzroku, i w ogóle funkcyi oka, miałoby być skutkiem ekskawacyi uciskowéj, natenczas równocześnie z upośledzeniem bystrości wzroku musiałoby wystąpić upośledzenie zdolności rozpoznawania barw, co się tylko bardzo wyjątkowo zdarza; i owszem w jaskrze nawet w najmniejszych odśrodkowych częściach pola widzenia zdolność rozpoznawania barw się utrzymuje.

Tak zwana ekskawacyja uciskowa jest tylko wrzekomą. Za têm przemawiają rozmaite spostrzeżenia. Naprzód zważyć potrzeba, że anatomicznie tylko dowieść można, że blaszka sitowa i grubsze naczynia ku tyłowi się usuwają, lecz żadną miarą tego wykazać nie można, czy zupełnie przeźroczyste włókna nerwu wzrokowego w pierwotném położeniu pozostały lub nie. Czasem, prawda że dość rzadko, widzieć można wziernikiem całkowitą ekskawacyję sięgającą aż do brzegu tarczy nerwu wzrokowego, a pomimo to chory ma prawidłową bystrość wzroku. Gdyby ekskawacyja w tych przypadkach istotnie była zupełną, natenczas żadną miarą bystrość wzroku nie mogłaby być prawidłową, gdyż ekskawacyja od brzegu do brzegu tarczy z góry przypuszczać każe zupełny zanik wszystkich włókien nerwu wzrokowego, położonych w obrębie tarczy. Powyższe spostrzeżenia dowodzą, że istotnie włókna nerwowe mogą pozostać w pierwotném położeniu, chociaż się blaszka sitowa ku tyłowi wysunęła.

W dalszym toku swoich rozumowań odwołuje się autor do spostrzeżeń prof. Jaegera, dotyczących pozornéj ekskawacyi (*scheinbare Excavation)*. Są to przypadki, w których włókna nerwowe tracą nieprzeźroczystą osłonkę, zanim dochodzą do blaszki sitowéj, która nadto w tych właśnie przypadkach jest delikatniejszą i przeźroczystszą niż zazwyczaj. Skutkiem tego przy odpowiedniém nastawieniu wziernika można dojrzeć aż poza blaszkę sitową, przyczém badający ma wrażenie, jak gdyby widział ekskawacyję. W kilku wreszcie przypadkach widział M. wziernikiem drobne naczynia w płaszczyźnie brzegu tarczy nerwu wzrokowego obok głębokiéj ekskawacyi. Przypadki te również dowodzą, że ekskawacyja była tylko złudzeniem, gdyż inaczéj naczynia, które autor widział w płaszczyźnie tarczy, musiałyby się chyba znajdować w ciałku szklaném, które było zresztą zupełnie przeźroczyste i prawidłowe.

Podwyższenia ucisku śródocznego, drugi główny objaw choroby, nie we wszystkich przypadkach napotykamy. W *glaucoma chronicum simplex* napotykamy podwyższenie ucisku śródocznego wszystkich stopni, często jednak w całym przebiegu choroby oko nie jest twardszém. *Dr. Machek.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Korczyński: **Kilka słów o działaniu fizyjologiczném i o zastósowaniu leczniczém nitrogliceryny.**

Po wstępie historycznym opisuje autor swe doświadczenia fizyjologiczne z 1% rozczynem wyskokowym nitrogliceryny zrobionéj przez prof. Julijana Grabowskiego. Doświadczenia fizyjologiczne odbywały się na ludziach zupełnie zdrowych lub rekonwalescentach, których można było uważać również za zupełnie zdrowych. Dawka leku wynosiła od 1 do 6 kropel rozczynu przerzeczonego.

Nitrogliceryna wywiera największy wpływ na narząd krążenia: po 2 do 3 minutach podwyższa czynność serca i przyspiesza tętno o 8 do 16 uderzeń na minutę. Równocześnie z tém nastaje zwiotczenie w układzie tętniczym a drgania ze sprężystości znikają. W wielu razach już po 20 minutach można się było przekonać o dwubitności tętna. Wpływ ten nitrogliceryny na narząd krążenia trwa zazwyczaj do 45 minut a jest najwyraźniejszym między 3. a 15. minutą.

Drugim narządem, na który widocznie działa nitrogliceryna, jest układ nerwowy. Najstalszym objawem działania nań jest ból głowy. Siedzibą bólu są przeważnie skronie. Trwa on dość długo, bo od kilku do kilkunastu godzin; po zażyciu dwóch kropel nie zbyt mocny raczéj tępy; po 6 kroplach jest o wiele mocniejszy i towarzyszy mu wyraźne tętnienie w głowie, przyczém ból głowy zwiększa się wśród każdego skurczu serca. Już po małych dawkach pojawia się uczucie ciepła w głowie, które po większéj dawce zamienia się na bardzo nieprzyjemne i od bólu głowy o wiele nieprzyjemniejsze uczucie pełności w głowie. Mierny wstręt do światła występuje po dawkach większych. Badanie wziernikiem głębi oka nie wykazuje wśród działania nitrogliceryny żadnych zmian. Podczas całego bólu głowy pojawia się szum w uszach tém większy, im większéj użyto dawki. Szum ten podobny do buczenia przerywa się z końcem każdego wdechu.

W roztworze, w jakim używano nitrogliceryny, nie uważano żadnego widocznego działania na narząd trawienia. Toż samo tyczy się narządu oddechowego. — Co do moczu, uważano tylko chwilowo powiększenie się jego ilości, dochodzące w drugim kwadransie po użyciu leku średnio do 20 cm. sz.

Działania leczniczego nitrogliceryny w rozczynie 1% próbowano pomijając niedokładne obserwacyje w 35 przypadkach, u 22 mężczyzn i 13 kobiet.

Nie uwzględniając rodzaju chorób spostrzeżono skutek pomyślny w 18, wątpliwy w 5, brak skutku pomyślnego w 12 przypadkach.

Przechodząc do rodzaju chorób z 7 przypadków duszności napadowéj wśród rozedmy płuc u 6 usunęła nitrogliceryna napady duszności znakomicie w kilku lub najwięcéj w kilkunastu minutach a zadawana systematycznie zapobiegała niekiedy napadom na dłuższy czas. Z 13 przypadków astmy nerwowéj widziano tylko we dwóch skutek pomyślny. W obu rodzajach astmy nitrogliceryna zażyta wśród napadu łagodziła go mniéj, niż zażyta w chwili rozpoczynającego się lub dopiero gotującego się napadu. W dwóch przypadkach tętniaka aorty ustępowały gwałtowne napady stenokardyi daleko rychléj i dokładniéj aniżeli po innych lekach a przy dłuższém i systematyczném zadawaniu nitrogliceryny zniknęły w jednym przypadku zupełnie na czas jakiś.

W obu przypadkach nerwowego bicia serca skutek był pomyślny i trwały; w przypadku zaś trzecim, w którym bicie serca było następstwem niedomykalności zastawek półksiężycowych ze zwężeniem ujścia tętniczego lewego, nitrogliceryna łagodziła tylko napady bicia serca. Z pomiędzy 6 przypadków *anginae pectoris* zauważono tylko w jednym, w którym napady stenokardyi polegały na miażdżycy tętnic i stłuszczeniu mięśnia sercowego, skutek jedynie przemijający; we wszystkich innych zaś 5, z których tylko jeden nie miał podstawy anatomicznéj, działała nitrogliceryna tak pomyślnie, jak żaden inny lek nie działał. Działanie było o wiele wybitniejsze, jeżeli lek zadano podczas zbliżania się napadu. Powrotów napadu nitrogliceryna nie wstrzymywała wyjąwszy jeden przypadek, w którym stenokardyja nie miała podstawy anatomicznéj.

W jednym przypadku pląsawicy mniejszéj *(chorea minor)* od dwóch lat trwającym i poprzednio już wytrwale rozmaitemi środkami leczonym u dziewczynki 14-letniéj, z błednicą i słabym rozwojem naczyń po podawaniu dwa razy dziennie po dwie krople 1% rozczynu ruchy mimowolne zmniejszały się z każdym dniem, a po 25 dniach ustąpiły zupełnie, przyczém odżywianie ogólne poprawiło się tak znacznie, iż ciężaru przybyło w tymże czasie 3 kilogramy.

W jednym przypadku histeryi, jednym drżenia rtęciowego i jednym moczówki cukrowéj próbowano nitrogliceryny, atoli bez pomyślnego skutku.

Z tych przypadków leczniczych wnosi K.:

Nitrogliceryna prędko, dosadnie i prawie pewnie usuwa napady stenokardyi bez względu, czy ona jest nerwicą samodzielną lub téż tylko objawem zmiany anatomicznéj w układzie naczynnym. Prawdopodobnie uśmierza także dzielnie bicie serca z jakiegokolwiek powodu powstałe. Jeżeli stenokardyja lub bicie serca nie ma podstawy anatomicznéj, nitrogliceryna może zupełnie usunąć te przypady.

W stenokardyi z powodu tętniaków nitrogliceryna może nie tylko napady usuwać, ale nadto zapobiegać im do pewnego stopnia.

W astmie samodzielnéj działa niepewnie; w astmie towarzyszącéj rozedmie płucnéj działa świetnie, usuwa nie tylko napady, ale w ogóle leczy tę nerwicę.

W pląsawicy warto próbować nitrogliceryny. W przypadkach, w których nitrogliceryna działała pomyślnie, przypady poprzednio już opisane w układzie nerwowym albo wcale się nie pojawiały albo tylko w stopniu bardzo nieznacznym.

W celach terapeutycznych zadawano zazwyczaj po 1 do 4 kropel, bardzo zaś rzadko po 6 do 10, wyjątkowo zaś posunięto się do 15 kropel i to u chorego, który z własnéj ordynacyi pozwalał sobie po kilka razy dziennie do 30 kropel. Wszystkie te dawki odnoszą się do 1% rozczynu wyskokowego nitrogliceryny. *(Pamiętnik Tow. lek. warsz.* Zeszyt IV. Rok 1881). *D.*

Dr. Hlava i Thomayer: **Przyczynek do anatomii patologicznéj choroby Brighta.**

Wymioty i zaburzenia w żołądku, objawiające się w cho-

robie Brighta, tłumaczy dotąd największa część badaczy wpływem niektórych składników moczu, zatrzymanych w ustroju, na czynności chemiczne i fizyjologiczne żołądka. W celu rozjaśnienia téj sprawy zebrali autorowie kilkanaście przypadków choroby Brighta, badając je tak ze stanowiska klinicznego jak i anatomo-patologicznego, i doszli do odmiennych wyników od dotychczasowych badań.

W żołądku chorych na zapalenie nerek znaleźli: rozszerzenie błony podśluzowéj, w niéj zaś nagromadzone liczne okrągłe komórki wciskające się pomiędzy pojedyncze gruczoły żołądkowe tak, że ugniatając je wywołały ich częściowy rozpad; naczynia błony śluzowéj przekrwione, czasem nawet wybroczyny. Zmiany te były w miarę postępu choroby znacznie wybitniejsze.

Spostrzeżenia te skłoniły autorów do przypuszczenia, iż w przebiegu zapalenia nerek powstaje często śródmiąższowe zapalenie błon żołądka (*gastritis interstitialis*). Źródło choroby może być dwojakie: albo cierpienie żołądka pochodzi z téj saméj przyczyny co i choroba nerek, albo też zmiany te w ustroju są tylko skutkiem zapalenia nerek.

Bartels podaje następujące przyczyny cierpienia żołądka wśród choroby Brighta: 1) niedokrewność towarzysząca zapaleniu nerek wstrzymuje wydzielanie dostatecznéj ilości soku żołądkowego, 2) obrzęk bł. śluzowéj żołądka, 3) wydzielany w mocznicy węglan amonowy zobojętnia kwasy żołądkowe i jest powodem wymiotów, 4) towarzyszący zapaleniu obrzęk nerek sprawia wymioty na drodze zwrotnéj.

Ze zdaniem Bartelsa, tłumaczącego mocznicą te przypady chorobowe, a więc na drodze chemicznéj, nie zgadzają się autorowie na podstawie swoich spostrzeżeń. Zaburzenia żołądkowe, przytoczone w historyjach chorób spostrzeganych przez autorów, dowodzą, że one poprzedzały na kilka, a nawet kilkanaście tygodni stwierdzone zapalenie nerek, a więc mocznica nie mogła być powodem zapalenia żołądka. Z drugiéj strony są tam przypadki zapalenia nerek zakończone mocznicą, w których nie objawiały się zaburzenia w żołądku, a w tych nie znaleziono przy sekcyi zmian chorobowych tego organu. Puchliny brzusznéj nie można również posądzić o wywołanie podobnych zaburzeń przez utrudnienie krążenia krwi, gdyż w dwóch przypadkach, którym towarzyszyła, zmian w żołądku nie było. Powstaje więc raczéj myśl, że zaburzenia w żołądku towarzyszą zapaleniu nerek podobnie jak czasem towarzyszą mu zapalenie płuc, mięśnia sercowego, osierdzia.

Streszczając zaś te spostrzeżenia podali autorowie następujące wnioski:

1) W przebiegu ostrego jak i przewlekłego zapalenia nerek powstaje często rzeczywiste zapalenie miąższowe żołądka (*gastritis interstitialis*).

2) Czy mocznica lub inne od zapalenia nerek zawisłe zmiany są przyczyną cierpienia żołądka, dowieść trudno, być może że jedna przyczyna wywołuje obydwie choroby.

3) W wielu przypadkach, w których za życia objawów cierpienia żołądka nie było, nie znaleziono też zmian w bł. śluzowéj żołądka, zdaje się tedy, że przyczyną niektórych objawów chorobowych żołądka wśród zapalenia nerek jest miąższowe zapalenie żołądka. (Odbitka z *Prager Zeitschrft für Heilkunde* Bd. II). *Dr. Murdzieński.*

Bardeleben: **Przyczynek do leczenia tętniaków.**

W wykładzie tym, mianym w Towarzystwie lekarskiém berlińskiém przedstawia B. chorego z tętniakiem w dołku kolanowym, który z wielu względów zasługuje na uwagę. Chory ten, 46-letni dobrze zbudowany mężczyzna, spostrzegł w maju 1880 r. po dłuższém staniu i chodzeniu miejsce bolesne w dołku kolanowym. Z początku prócz bólu nie było żadnych innych objawów chorobowych, dopiero w czerwcu tegoż roku spostrzegł B. na tém samém miejscu tętnienie, które podobnie jak bolesność stawało się coraz dotkliwsze. W połowie września spostrzegł chory na bolesném miejscu obrzęk wielkości jaja gołębiego mocno tętniący. Bóle stawały się coraz dotkliwsze. Chory zatém udał się do lekarza i za jego poradą nosił przez 3 miesiące opaskę elastyczną na kolanie. Nie doznawszy jednak żadnéj ulgi szukał pomocy w klinice Bardelebena. Tutaj stwierdzono w dołku kolanowym obecność tętniaka, który dosięgał już wielkości pięści mężczyzny. Po ucisku tętnicy udowéj ustawało tętnienie w obrzęku, który jednak nie wiele tylko przy tém się zmniejszał. Przyczyny powstania tętniaka nie było można wykryć żadnéj. Chory nie doznał żadnego urazu, nie wykonywał nadmiernych ruchów, nie narażał tętnicy na ucisk, np. przez długie siedzenie z skrzyżowanemi nogami, nie przebywał dny ani kiły, serce i tętnice jego były zupełnie prawidłowe, słowem tętniak powstał u niego zupełnie samoistnie. W celu wyleczenia tętniaka unieruchomiono odnogę chorą po mocném zagięciu jéj w kolanie i biodrze. Tętnienie w obrzęku ustało potém zupełnie, a chory znosił to położenie zupełnie dobrze. Jednak już na drugi dzień powstał obrzęk koło kostek i kolana, który zwiększał się stopniowo, a na 4 dzień spostrzeżono miejsce zgorzelinowe na pięcie. Zaniechano więc tego sposobu leczenia, a Bardeleben założył na tętnicę udową tuż pod więzem Pouparta uciskadło, którego stożkowata pelota uciskała tylko tętnicę pozostawiając żyłę nietkniętą. Ucisk wywarty przez narzędzie był mierny, chory nie doznawał żadnych dolegliwości, mimo to wystąpiła już na drugi dzień zgorzel skóry, która zmusiła do odjęcia przyrządu. Następnie założono przyrząd po nad więzem Pouparta, potém nad samym tętniakiem, jednak zawsze już po upływie 2 dni występowała zgorzel w miejscu ucisku. Ponieważ więc postępowanie to nie wiodło do celu, z powodu nadzwyczajnéj skłonności skóry pacyjenta do zgorzeli, przeto założył B. opaskę Esmarcha na chorą odnogę. W godzinę po jéj założeniu wystąpiły przypady ogólnego zadrażnienia, chory stracił przytomność, chwycił za nóż, aby sobie poderznąć żyły na ramieniu. Stan ten ustąpił zaraz po zdjęciu opaski i podaniu leków skrzepiających. W kilka godzin założono opaskę powtórnie lecz znacznie wolniéj. Tętnienie w obrzęku ustało prawie zupełnie, wkrótce jednak wystąpiła zgorzel skóry na grzbiecie stopy.

Po tych doświadczeniach przystąpił B. do podwiązania tętnicy udowéj katgutem. Rana zagoiła się w ciągu dni 11, tętnienie w obrzęku ustało natychmiast po podwiązaniu tętnicy. Ciepłota skóry na choréj odnodze podniosła się o 1°, również spostrzeżono mocne rozszerzenie tętnic na wewnętrznéj stronie kolana, co zatém wskazywało znaczne rozwinięcie się obiegu krwi kolateralnego. Mimo to tętniak zmniejszał się i twardniał powoli i po 10 tygodniach miał tylko $^1/_5$ pierwotnéj wielkości.

W związku z tym przypadkiem porównywa B. leczenie tętniaków za pomocą ucisku i podwiązania doprowadzającéj tętnicy. Niepomyślne przypady po podwiązaniu większych tętnic, a mianowicie krwotoki następowe, zapalenia sąsiednich żył i ropienia wywołane przez pozostałą w ranie nitkę, były powodem, że leczenie tętniaków przez ucisk doprowa-

dzającéj tętnicy bardzo wielu zyskało zwolenników. Bard. jednak ostrzega przed przecenianiem tego środka leczniczego. Według niego należy go spróbować w każdym przypadku, lecz jeżeli pierwsza próba wykaże jego niedostateczność, natenczas należy przystąpić do podwiązaaia tętnicy dochodzącéj tém bardziéj, że rozwinięte obecnie postępowanie przeciwgnilne, dopuszcza wykonania tego zabiegu operacyjnego bez narażenia chorego na groźne dawniéj niebezpieczeństwa. (*Berl. klin. Wochensch.* 1882 Nr. 1,).

Dr. Schramm.

Wiadomości pomniejsze.

(L. K.) **Próbę Pettenkofera co do kwasów żółciowych** modyfikuje E. Drechsel w następujący sposób. Ciecz badaną zagęszcza się, poczém dodaje się zamiast kwasu siarkowego, jak to się zwykło czynić, kwasu fosforowego, w ilości któraby nadała całéj cieczy gęstość nieco syropowatą. Następnie daje się kawałeczek cukru trzcinowego i ogrzewa się cały płyn przez kilka chwil w wodzie wrzącéj. Nawet najmniejsza ilość kwasów żółciowych wystarcza do wywołania charakterystycznego zabarwienia czerwonego lub fijołkowo-czerwonego. Główną zaletą téj metody jest, że unika się tu niedogodnego występowania zabarwienia brunatnego, powstałego przez spalenie kwasem siarkowym nadmiaru cukru, a które często bardzo upośledza czułą reakcyję Pettenkofera. (*Journal f. prakt. Chemie* 24, 44).

(L. K.) **Nową metodę do oznaczania kwasu moczowego** podaje Ludwig. Wiadomo, że, jak to pierwszy Salkowski wykazał, kwas chlorowodowy nie strąca z moczu całéj ilości kwasu moczowego, że z przesączu można jeszcze dość znaczną ilość tego kwasu otrzymać przez odpowiednie użycie azotanu srebrowego. To wykrycie dało pochop do szukania nowych metod oznaczania kwasu moczowego w moczu. E. Ludwig każe zaprawić mocz mięszaniną rozczynu amonijakalnego azotanu srebrowego i zawiesiny magnezyjowéj. Powstały osad zawiera całą ilość kwasu fosforowego i kw. moczowego. Ten zbiera się na sączku, obmywa dokładnie wodą zawierającą amonijak, a następnie rozkłada słabym rozczynem siarkanu potasowego na cieplo. Powstały teraz moczan potasowy przechodzi w rozczyn. Do odsączu dodaje się aż do kwaśnego oddziaływania kwasu chlorowodowego, i zagęszcza się go na łaźni wodnéj do pozostałości kilku centimetrów sześć. Po oziębieniu wydzielony kwas moczowy zbiera się na sączku z waty szklanéj, suszy przy 110°C., wymywa dwusiarczkiem węgla, a następnie eterem, aby oddalić dokładnie domięszaną siarkę i ostatecznie się waży. (*Anzeiger der k. k. Akademie d. Wiss. zu Wien*, 1881, p. 92).

(L. K.) **Praktyczny sposób oznaczania twardości wody** podaje V. Wartha. Używa on do tego rurki szklanéj, 30—40 cent. długiéj, na jednym końcu zasklepionéj okrągło, a na drugim marką odpowiadającą 10 cent. sześć. objętości, zaopatrzonéj. Od marki téj począwszy ku górze rurka jest podzielona na dziesiętne sześć. cent. Taką rurkę napełnia się aż po znaczek wodą badaną, daje się następnie kawałeczek bibuły, napojonéj poprzednio wyciągiem z drzewa kampechowego, przez co woda barwi się fijołkowo. Teraz dodaje się z kroplomierza dopóty kroplami rozczyn kwasu chlorowodowego ustawionego na 1/100, aż barwa wody stanie się więcéj fijołkową. Po silném zkłóceniu cieczy znów się daléj dodaje kwasu normalnego, aż wreszcie płyn przybierze barwę jasno cytrynowo-żółtą. Ilość użytego kwasu odczytuje się na rurce, na skali umieszczonéj po nad marką, a następnie odpowiednio się obrachowuje. Wartha poleca sposób swój jako bardzo korzystnie dający się użyć do oznaczania czasowéj twardości wody na miejscu badania, bo nie wymagający wielu przyrządów ani wielu odczynników. (*Ber. d. deutsch. chem. Gesellsch. z. Berlin.* 13, 1195. — *Fresenius Zeitschrift*, XXI, 135).

(F. M.) **Ergotyn przeciw bolesności i występowaniu guzów krwawnicowych**. Dr. Blaschko stwierdził znakomite działanie tego środka w przypadkach krwawnic bolesnych i oświadcza, że on przewyższa inne sposoby leczenia. Ergotyn zdaniem B. zmniejsza bolesność w przeciągu kilku godzin, guzy krwawnicowe kurczą się i wchodzą dobrowolnie do odbytnicy, a chorzy mogą się wśród leczenia zajmować pracą. B. zaleca 1.00 ergotynu na 100.00 wody, a zmaczane w tym rozczynie szmatki przykłada się co godzina na miejsca cierpiące. (*Allg. med. Ctr. Ztg.*)

IV. Listy z Paryża.

I.

Sposób uczenia nauk lekarskich we Francyi w ogóle a w Paryżu w szczególności, jest bardzo odmiennym od austryjackiego i niemieckiego. Różnice główne stanowią: krótki czas trwania studyjów, wybitny kierunek praktyczny i wytworzenie współzawodnictwa między uczniami. Studyja uniwersyteckie trwają tylko lat cztery. Uczniowie medycyny nie są obowiązani słuchać wykładów teoretycznych; to też sale wykładowe są zazwyczaj zapełnione przybyszami z obczyzny i starszymi lekarzami wolno praktykującymi,— uczniów tam bardzo mało. Natomiast obowiązani oni są pracować w laboratoryjach i prosektoryjach, a późniéj odwiedzać pilnie kliniki lub szpitale. W drodze konkursu, tj. egzaminu ustnego i piśmiennego, wolno jest już uczniom trzeciego roku medycyny ubiegać się o posady szpitalne, t. zw. „*externe*“ (równające się mniéj więcéj stopniowi naszych aspirantów szpitalnych), których liczba jest ograniczoną. Już po roku téj służby, a więc na czwartym roku medycyny, wolno jest eksternom ubiegać się znowu w drodze konkursu o posadę internów, która równa się mniéj więcéj posadzie naszych sekundaryjuszów. Uczniowie, którzy téj drogi nie obierają, a którzy stanowią bardzo przeważną większość, prawie ogół studentów, mogą już po czwartym roku ubiegać się o stopień doktora wszech nauk lekarskich. Przeciwnie uczniowie zajmujący posady szpitalne mogą wprawdzie składać egzamina, nie mają jednak prawa pisania tez, które dopiero—oczywiście po zdaniu egzaminów—dają prawo do tytułu doktora.

Czy system zaledwie pobieżnie tu skreślony dobre wydaje owoce, tj. czy większość lekarzy wychodzących z uniwersytetu paryskiego jest odpowiednio przygotowaną do zawodu, w jakim ma pracować dla dobra ogółu, o tém ośmielam się wątpić. Studyja czynione z takim pośpiechem muszą być pobieżne i powierzchowne.

Z drugiéj strony przyznać trzeba, że ten system ubiegania się o coraz wyższe posady w drodze konkursu, w drodze pracy i współzawodnictwa, dodaje choć bardzo nielicznéj garstce uczniów bodźca do kształcenia się wyczerpującego w kierunku raz obranym i dostarcza fakultetowi jak również i zakładom szpitalnym coraz nowych i znakomitych sił, wyłącznie prawie z własnego uniwersytetu czerpanych. Gdyż podobnie jak wspomniane posady eks- i internów tak i prawie

wszystkie inne posady szpitalne i uniwersyteckie, jak asystentów, prosektorów, zastępców profesora, kierownika laboratoryjów itd., nadawane są prawie wyłącznie w drodze takiego konkursu. Tylko posady prymaryjuszów i profesorów są wolne od tego konkursu. Lecz prymaryjuszem można zostać tylko z innéj posady szpitalnéj, do któréj również wymaganym jest konkurs *(Medicin ou Chirurgien du Bureau centrale).* Również profesorem uniwersytetu może zostać tylko dotychczasowy zastępca profesora (t. zw. *aggregé*). Tylko profesor kliniki chorób wewnętrznych G. S é e został wyjątkowo mianowany profesorem, nie bywszy poprzednio zastępcą profesora.

Na têm polu uwag ogólnych daloby się jeszcze bardzo wiele powiedzieć, gdyż jak już wspomniałem poprzednio, stosunki tutejsze są bardzo od naszych odmienne, tak, że prawie na każdym kroku napotyka się coś nowego; każden więc szczegół jest do pewnego stopnia zajmującym. Ramy listu nie pozwalają mi jednak wchodzić zbyt w szczegóły systemu kształcenia młodego pokolenia lekarzy francuskich. Natomiast zamierzam nieco obszerniéj skreślić stosunki i stan obecny tutejszych szpitali, co zapewne więcéj obudzi zajęcia.

Do roku 1789 liczne szpitale paryzkie były od siebie nawzajem niezależne jak również i od władz rządowych. Utrzymanie ich zdaném było zupełnie na łaskę osób dobroczynnych, które już to materyjalnie, już to moralnie, przyczyniały się do ich dobrobytu i rozwoju. Dopiero w roku 1789 połączono zarząd wszystkich szpitali w jedną władzę centralną, *l'administration des hôpitaux*, a w roku 1849 poruczono jéj kierownictwo tak zwanemu *Directeur de l'Assistance publique* pod nadzorem ministerstwa spraw wewnętrznych i komisyi złożonéj z dwudziestu członków (między innymi każdorazowy dziekan wydziału lekarskiego, prefekt Sekwany i dyrektor policyi). Pod nadzorem téj władzy zostają nietylko szpitale, ale także wszystkie inne urządzenia sanitarne Paryża.

Zakłady szpitalne paryzkie podlegające rzeczonéj władzy dzielą się na dwa działy główne: do pierwszego należą szpitale, czyli lecznice w właściwém tego słowa znaczeniu; do drugiego t. zw. *„hospices"*, gdzie są pielęgnowani chorzy nieuleczni i starcy nie mogący zapracować na chleb codzienny. Liczba łóżek w szpitalach wynosi ogółem 8000, w „hospices" zaś około 9000. Na czele zaś każdego szpitala stoi dyrektor, zastępcą jego jest rządzca. Czynności lekarskie w szpitalach sprawują prymaryjusze, zwani tu *„medicins"* lub *„chirurgiens des hôpitaux,* daléj t. zw. interni i eksterni. Pierwsi mianowani są dożywotnie a właściwie do 65 roku życia, ostatni na lat cztery. W zasadzie lekarze ci nie są płatni, mają jednak prawo do małych wynagrodzeń rocznych. Tylko interni pełnią służbę lekarzy dyżurnych i mieszkają po większéj części w szpitalu.

Dwa najnowsze szpitale paryskie, t. j. *hôpital Lariboisière* i *Hôtel Dieu* zasługują ze wszech miar na opis nieco więcéj szczegółowy, urządzone są bowiem prawie pod każdym względem wzorowo. Są one budowane prawie według jednego i tego samego planu; to téż opis jednego może służyć także i dla drugiego. Pierwszy z nich wybudowanym został w przeciągu blisko ośmiu lat nakładem hrabiny Lariboisière (ztąd jego nazwa) i kosztował wraz z urządzeniem wewnętrznem przeszło dziesięć milionów franków, z tych sam plac pod budowę trzy milijony. Otwarcie jego nastąpiło w roku 1854. Liczba łóżek wynosi około 600, może być jednak w razie potrzeby nieco zwiększoną. Szpital cały ma kształt wielkiego prostokąta, którego obwód wynosi 51872 metrów. Środek tego prostokąta stanowi wielkie, główne podwórze; dwa mniejsze boki tego prostokąta wypełnia z jednéj strony brama główna z przysionkiem a z drugiéj strony kaplica. Dwa zaś większe boki utworzone są po obu stronach symetrycznie rozłożonemi szeregami dwupiętrowych pawilonów, z każdéj strony po pięć, oddzielonych pomiędzy sobą małemi ogródkami. Krużganek otwarty otaczający podwórze środkowe we wszystkich piętrach, a którego sklepienia opierają się tylko na amfiladzie słupów, ułatwia wejście do każdego pawilonu na każdém piętrze. Krużganek ten nie może być więc opalanym i to stanowi mojém zdaniem jedyną wadą tego szpitala, gdyż przez to chorzy pozbawieni są w zimie miejsca choć małéj przechadzki.

Pierwsze dwa pawilony zajęte są na mieszkania dyrektora, rządzcy, internów, aptekę, bióra administracyjne i sale ambulatoryjne. W dwóch ostatnich pawilonach, stanowiących niejako boczne skrzydła kaplicy, pomieszczone są dwa amfiteatry (dla wykladów lub większych operacyj), daléj pralnie i łaźnie. Trupnia i małe prosektoryjum znajdują się również w pobliżu kaplicy. Pozostających sześć pawilonów (po trzy z każdéj strony) mają piętra nieco wyższe; one stanowią właściwy szpital. W każdym z nich jest prócz obszernéj klatki schodowéj, osobno dla każdego pawilonu, po trzy sale chorych: jedna na dole, druga na pierwszém, trzecia na drugiém piętrze. Sale te zupełnie do siebie podobne mają 38 metrów długości, 9m. szerokości i 5m. wysokości. W każdéj sali jest 32—36 łózek. Ilość powietrza wypadająca mniej więcéj na jednego chorego wynosi 50—56 metrów sześć. Obok każdéj sali znajduje się prócz łazienki, pokoiku dla posługi, wychodka itp., jeszcze jedna salka dla dwóch chorych, których odosobnienie lekarz uzna za stosowne, jedna z tych sal przeznaczona na salę położnic ma tylko 28 łóżek i tyleż kołysek, a jéj salka dodatkowa przeznaczona na salę porodu ciężkiego, gdzie pomoc lekarska jest potrzebną; porody normalne odbywają się w sali wspólnéj. Ściany sal chorych i klatki schodowéj są gipsowane i pokostowane *(stuqués,* podobnie jak wnętrze prosektoryjum anatomii w Krakowie), co ułatwia utrzymanie ich w stanie czystości. Opalanie i wentylacyja uskuteczniają się według dwóch systemów: pierwszy system wentylacyjny (pp. Thomas i Laurens) skombinowany jest z systemem ogrzewania (p. Grouvelle), dostarcza prócz głównego swego zadania wody gorącéj dla sal chorych, łaźni, pralni itd. i porusza pompę hydrauliczną. Drugi wyłącznie wentylacyjny system (pp. Duvoir i Leblanc) jest również zastosowany w całym szpitalu. W ten sposób ilość powietrza wprowadzonego do sali chorych w jednéj godzinie wynosi około 90 metrów sześc. na każdego chorego. Urządzenie i zaprowadzanie obu tych systemów kosztowało przeszło 400.000 franków.

Paryż w Grudniu 1881. *Dr. Gwiazdomorski.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W Krakowie podniosła się ogólna śmiertelność od 1—7 stycznia z 24,8 na 35,1 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 7, (0 z t.); z płonicy 2 (0 z. t.); z błonicy 5 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.); z róży 0 (3 z. t.); a doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 1 ospianki, 4 płonicy, 3 krztuśca, 2 błonicy, 11 duru osutkowego (6 z kryminału, 4 ze szpitala św. Ludwika, 1 z Kaźmierza); 1 róży, 1 gorączki połogowéj W tygodniu od 11—17 grudnia ospa utrzymywała się

w równém nasileniu. Leczyło się w szpitalach 500, świeżo zapadło 98, umarło 25. W Wiedniu umarło z ospy 11, w Budapeszcie 10, w Pradze 4, w Petersburgu 4, w Warszawie 23, w Paryżu 9, w Madrycie 21, w Lizbonie 3. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 9, w Londynie i Walencyi po 5. Odra jeszcze jest gwałtowną w Londynie, Glasgowie i Liverpolu, złagodniała w Chrystyjanii, gdzie doniesiono o 649 przypadkach (900 poprzed. tyg.) W Rio de Janeiro umarło od 1—15 października z febry żółtéj 2. Z cholery umarło w Mekce 18 listopada 7, 19 i 20 po 1. W Djeddah nie umarł nikt z cholery 22 i 23 listopada. W obozie kwarantanowym w El-Wisch pojawiło się kilka przypadków cholery pomiędzy pielgrzymami, których liczba dochodziła do 3500.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 11—17 grudnia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 30,8; we Lwowie 32,5; w Poznaniu 25,0; w Wiedniu 25,8; w Pradze 30,1; w Budapeszcie 33,8; w Tryjeście 29,5; w Berlinie 25,2; w Wrocławiu 25,4; w Gdańsku 31,1; w Mnichowie 29,2; w Dreźnie 21,7; w Lipsku 22,6; w Bazylei 24.3; w Brukselli 22,3; w Amsterdamie 22,5; w Hadze 21,2; w Paryżu 25,9; w Londynie 22,3; w Kopenhadze 19,7; w Stokholmie 14.5; w Chrystyjanii 25,1; w Petersburgu 42,1; w Odesie 27,3; w Wenecyi 22,6; w Bukareszcie 19,8; w Madrycie 38,7; w Lizbonie 28,1; w Aleksandryi 31,2; w Nowym Yorku 26,7; w Filadelfii 22,6; w Bombaju 24,5; w Madrasie 24,4. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 12 stycznia. Podajemy dosłownie z Nru 1 *Medycyny* rzecz o smutnych wypadkach warszawskich, o ile ona obchodzi lekarzy:

Smutne wypadki, które się zdarzyły w kościele Sto-Krzyzkim, a następnie na ulicach Warszawy, powołały do działania kolegów naszych, zaraz w pierwszéj chwili zebranych licznie, dla niesienia pomocy tym, którzy wypadkowi ulegli. Nie licząc ofiar, które do domów zawieziono lub które same się tam udały, w szpitalach zebraliśmy następujące liczby i wiadomości. Do szpitala Śgo Rocha przyniesiono natychmiast po wypadku 24 trupy i 24 osoby żywe. Pomiędzy temi ostatniemi było tylko 6 mężczyzn, przeważnie młodych chłopców. Wszyscy po przyniesieniu ich do szpitala przedstawiali obraz przekrwienia żylnego; twarze ich były silnie obrzmiałe i sine, u niektórych pianę i krew na ustach widziano; prawie u wszystkich były tak znaczne wynaczynienia pod łącznicą w oczach, iż gałki ich oczne stały się zupełnie ciemne; w tydzień po katastrofie jeszcze można było ofiary wypadku od innych szpitalnych chorych poznać po ciemnym kolorze łącznicy. Niektóre kobiety miały znacznie posiniałe powieki i okolice oczne. Prawie wszyscy ci chorzy przybywali bez oddechu i tętna, ale energicznie stósowane oddychanie sztuczne przywoływało ich do życia. U niektórych chorych wstrzykiwano pod skórę eter u innych morfin dla uspokojenia. Po przywróceniu oddechu prawie wszyscy chorzy byli jeszcze kilka do kilkunastu godzin bezprzytomni, rodziny, która na ich ratunek pośpieszyła, nie poznawali, majaczyli, a niektóre kobiety wydawały krzyki przerażające i wiły się w kurczach. Z tych 24 chorych jedna tylko kobieta umarła; była także aż do śmierci nieprzytomną (nawet po przywróceniu u niéj oddechu i tętna) i podlegała potém ogólnym drgawkom, które prawdopodobnie miały swoją przyczynę w wynaczynieniu w osłonach mózgowych. Ważnym obrażeniom uległa stosunkowo niewielka liczba, co przypisuje kol. Wszebor, którego uprzejmości powyższe szczegóły zawdzięczamy, téj okoliczności, iż ofiary były ubrane w grube zimowe ubiory w chwili wypadku. Z ważniejszych uszkodzeń uważano: u kobiety jednéj złamany obojczyk, łopatkę i ramię, u innéj złamane 3 żebra, u chłopczyka złamane lewe udo; panna F. miała naderwane ucho, które jednak po zszyciu zrosło się. W szpitalu Dzieciątka Jezus złożono cztery trupy: trzy żeńskie a jeden męzki i przywieziono trzy osoby chore, które mają się dobrze. — Jako ofiary późniejszych wypadków, na ulicy zaszłych, przywieziono do szpitala ewangelickiego czterech rannych, z tych jeden otrzymał tak silne uderzenie w lewe oko, iż kol. Wł. Stankiewicz widział się zmuszonym wyłuszczyć gałkę oczną, czego w sobotę dokonał. Do szpitala Starozakonnych dostawiono aż 23 pokaleczonych na ulicy, z tych jeden umarł wśród objawów połowiczego bezwładu, a oględziny pośmiertne sądowe wykazały pęknięcie czaszki i znaczne wynaczynienie w osłonach mózgowych. Jedna kobieta miała od uderzenia wybite cztery przednie zęby i przeciętą górną wargę. Oprócz tego znaczniejszych obrażeń nie było. Na tém jednak nie kończy się lista ofiar nieszczęsnych dni ostatnich. Wielu potłuczonych, poranionych itp. w kościele leczy się w domu. Tak samo pomiędzy starozakonnymi wiele jest poronień, przedwczesnych porodów, cięższych lub lżejszych uszkodzeń, o czém świadczą koledzy, mający pomiędzy tą klasą ludności praktykę. Nie ulega wątpliwości, iż energiczna pomoc kolegów naszych tak w kuchni taniéj i cyrkule, jak następnie w szpitalu św. Rocha, przywołała do życia wielu poszkodowanych, którzy bez tego niechybną pastwą śmierci byliby się stali".

Ze swéj strony podnieść musimy jeszcze jednę okoliczność. Że lekarze tak bezpośrednio po katastrofie w kościele Śto-Krzyzkim, jakoteż i późniéj pośpieszyli z pomocą swą dla nieszczęśliwych, jest rzeczą całkiem naturalną; niedopatrujemy się nawet żadnéj traiczności w losie felczera, którego mienie niszczono, podczas gdy on zajęty był bezinteresownêm niesieniem pomocy; wszak stan lekarski w ogóle zbytkiem wdzięczności nie jest znarowiony. Ale na szczególne uznanie zasługuje ofiarność kolegów warszawskich, albowiem należeli oni i do pierwszych, którzy pospieszyli z datkami znacznemi na biedne ofiary podwójnéj katastrofy, dając tym sposobem świetny przykład prawdziwéj miłości bliźniego. Pochwały godném jest także postępowanie owego felczera, który nie przyjął wsparcia, przeznaczając takowe dla potrzebniejszych od siebie. Fakta takie zdolne są napawać dumą każdego lekarza i dodać mu otuchy w ciężkiéj walce o byt. *Sursum corda!*

* Nr. 1 *Kroniki Lekarskiéj* z rb. ukazał się w zmienionym na 8kę wielką formacie, który w każdym razie więcéj odpowiada zadaniu, do spełnienia którego Redakcyja tego dwutygodnika zdąża.

* **Warszawa**. Towarzystwo lekarskie obrało na rok bieżący prezesem Dra Wł. Orłowskiego, wiceprezesem Dra Gepnera, a sekretarzem dorocznym Dra Rom. Jasińskiego. Równocześnie sekretarz stały prof. Szokalski wybrany został przez aklamacyję członkiem honorowym.

Uniwersytet liczy w roku bieżącym 1006 słuchaczy, z których na Wydział lek. przypada 509. (*Gaz. Lek.)*

* **Mianowania i odznaczenia**. Prof. fizyjologii w Gracu Dr. Aleksander Rollet otrzymał tytuł radzcy rządowego w uznaniu znakomitych zasług na polu naukowém i dydaktycznêm. — Dr. Otokar Chiari, b. asystent prof. Schröttera, habilitował się jako docent laryngoskopii we Wiedniu.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktora w. n. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Alfred Wolfram rodem z Bochni.

* **Nekrologija**. Otrzymaliśmy list następujący:

Kolega nasz Dr. Wojciech Wołek, zakończył życie dnia 31 grudnia 1881 około godziny 5téj wieczorem, zwłoki jego pogrzebaliśmy przy licznym udziale Lwowian 2 stycznia b. r. Zmarły od chłopięcia szedł pracą do zaszczytu doktora medycyny, który osiągnął w marcu 1863 we Wszechnicy Jagiellońskiéj. Ulubiony uczeń prof. Bierkowskiego i Dietla odznaczał się prawością i życzliwością koleżeńską, zawsze gotów do czynienia usług. W pośród młodzieży akademickiéj górował wybitnie jako postać naczelna. Piękne to były czasy, godne by je szlachetne serce i wierna pamięć piórem przeniosła na pamiątkę pokoleniom późniejszym. Ówczesna młodzież akademicka pełna miłości do nauk i do swoich przezacnych profesorów otaczała dumą i miłością tych swoich towarzyszy, co talentem, charakterem już wówczas się odznaczali a dziś albo należą do upadłych, albo jaśnieją w ojczyznie umiejętnością, cnotami, sławą. Pomiędzy tymi wybranymi śp. kol. Wołek zajmował miejsce zaszczytne. Po pierwszych próbach praktyki lek. w Stanisławowie, zdecydował się poświęcić się okulistyce, wyjechał do Berlina, gdzie w klinice Graefego kształcił się w téj gałęzi, mając już z czasów akademickich wielką wprawę do rękoczynów chirurgicznych. Jako okulista osiadł stale we Lwowie, gdzie zjednał sobie przyjaciół w szerokich kołach i we wszystkich warstwach społeczeństwa. Choroba jego rozpoczęła się wcześnie, bo przed ośmiu i może więcéj laty. Od pół roku cofnął się całkiem z pola praktyki i życia

towarzyskiego i przepędził resztę życia przy swoim przyjacielu i ze swoim wiernym sługą. Cześć jego pamięci!

Dr. Edward Sawicki.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 1: Kolaczka (we Wrocławiu): Torbielo-włókniak ściany brzusznéj. Laparotomija z pomyślnym skutkiem: Mączewskiego: Tętniak części błoniastéj przegrody sercowéj. — W *Medycynie* Nr. 1: Rogowicza: Przypadek całkowitego wrodzonego zarośnięcia otworu sromnego, nagromadzenie się odpływu miesiączkowego, operacyja, wyzdrowienie.

Redakcyja otrzymała:

Dr. H. SCHRAMM: Rozwój nowotworów rakowych skórnych na podstawie przypadków obserwowanych w Klinice chirurg. krakowskiéj od r. 1860—1879. (Osobne odbicie z „Pam. Tow. lek. warsz.") in 8vo str. 96.

Dr. J. KRAMSZTYK: Jaka jest wartość lecznicza peptonów? (Osobne odbicie z „Gazety Lekarskiéj" 1881) in 8vo str. 11.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dnia 18go bm. o godzinie 5téj w Sali Akademii Umiejętności zwyczajne posiedzenie, na którém odbędzie się: 1) zapowiedziany na ostatniém posiedzeniu wykład; następnie 2) kol. Browicz okaże preparaty nowotworów żołądka; 3) kol. Obaliński przedstawi 2ch chorych operowanych w klinice; a 4) kol. Ponikło omówi w krótkości wynik leczenia kodeinem w przypadku cukrzycy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżawskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin '57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 21 stycznia 1882. **№ 3.** Rok XXI.

I. O zmianach wziernikowych w oczach królików w przypadkach ogólnego zakażenia wąglikowego.

Podał Dr. E. Machek,
Asystent kliniki okulist. w Uniw. Jagiell.

(Rzecz miana w sekcyi medycyny wewnętrznéj III Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich).

Ogólne zakażenie wąglikowe, jakie napotykamy u zwierząt roślinożernych, polega na rozmnożeniu się laseczników wąglikowego *(Baccillus anthracis)*, który dostając się do naczyń krwionośnych działa szkodliwie na organizm, i to bądź mechanicznie, tworząc zatory naczyń włosowatych, bądź chemicznie, pozbawiając ustrój tlenu, skutkiem czego śmierć następuje. Jest to w całém tego słowa znaczeniu zakaźna choroba krwi, któréj patologija lepiéj jest znana niż innych chorób zakaźnych. W obec gwałtownych zaburzeń w układzie krążenia, które śmierć zwierząt sprowadzają, nasuwała się sama przez się myśl, czy też w naczyniach krwionośnych siatkówki i naczyniówki, które wziernikiem przy pewném powiększeniu badać możemy, nie dadzą się spostrzedz zmiany zależne od spraw chorobowych ustroju. Szereg odnośnych badań wykazał, że istotnie widać na dnie oka zmiany téj chorobie właściwe, chociaż dopiero w póżnym jéj okresie. Rezultaty tych badań obecnie podać zamierzam, przebieg zaś badań i szczegóły późniéj ogłoszę.

Poprzednio jednak wspomnę w krótkości o metodzie badania. Dr. J. Szpilmann, który podczas pobytu swojego w Bernie zajmował się studyjami nad rozwojem lasecznika wąglikowego, przywiózł z sobą zarodki tegoż *(Milzbrand-Dauersporen)*, które wyhodował sposobem podobnym do tego, jaki Koch zalecił. Zarodkami naprzód zaszczepiono mysz, zwierzę, jak wiadomo, bardzo łatwo ulegające zarazie wąglikowéj, a gdy po śmierci myszy wykazano laseczniki wąglikowe we krwi, zaszczepiono zakażoną krew mysią królikowi. Odtąd już z królika na królika przeszczepiano zarazę wprowadzając pod tkankę podskórną krew i miąższ śledzionowy. Materyjał do szczepienia brano w dalszych przypadkach z królików, które przed mniéj niż 12 godzinami żyć przestały, aby jak najmniéj rozpadowych i gnijących wszczepiać składników. Zdarzyło się bowiem kilka razy, iż króliki zginęły nie skutkiem zakażenia wąglikowego lecz z septykemii. Takim sposobem otrzymano potrzebną ilość chorych na wąglik okazów. Szczepieniem i oględzinami pośmiertnemi zajmował się Dr. Szpilmann.

Zaszczepione króliki zachowują się z początku jak zdrowe. Mniéj więcéj 12 godzin po zaszczepieniu, w którym to czasie niekiedy już pierwsze objawy choroby występują, badałem co godzina krew pod mikroskopem, a od czasu do czasu także wziernikiem dno oka, z którém zresztą przed zaszczepieniem dokładnie się zaznajomiłem. Bardzo ważną było rzeczą, aby jeszcze w stanie zdrowym zbadać dokładnie dno oka tak w obrazie prostym jak i odwrotnym, a w szczególności poznać przebieg, barwę, grubość, połysk, a względnie i tętnienie naczyń siatkówkowych, aby późniéj tém łatwiéj spostrzedz zmiany powstałe skutkiem rozwoju sprawy chorobowéj. Badałem poprzednio również i siatkę naczyń naczyniówkowych, którą u białych królików widać bardzo dokładnie od góry i od dołu aż do brzegu tarczy nerwu wzrokowego z powodu braku powierzchownéj warstwy przybłonka barwikowego. Z prawéj i lewéj strony tarczy (od przodu i tyłu) nie widać naczyń naczyniówkowych, gdzie je zakrywają nieprzeźroczyste włókna nerwowe, które wzdłuż naczyń są rozmieszczone a przechodząc przez blaszkę sitkowatą osłonek nerwowych nie utraciły. Ponieważ, jak późniéj się okaże, chodziło przedewszystkiém o stwierdzenie anemii i hyperemii naczyń na dnie oka się znajdujących, czyli o dokładne oznaczenie grubości tychże, pożądany był więc sposób, któryby ułatwił mikrometryczne ich wymierzanie. Mikrometru Dondersa nie można było zastosować, gdyż oko badane musi akomodować na pewien dany punkt, co w naszym przypadku przy badaniu królików było nie do wyko-

nania. Do obliczenia w obrazie odwrotnym, według sposobu Schnellera, znaćby potrzeba stałe optyczne oka króliczego. (Niedostateczność zresztą tego sposobu obliczania szerokości naczyń wykazał Memorsky, Graefe Archiv XI, 2). Nie pozostał więc inny sposób, jak porównanie naczyń ze sobą i z szerokością przestworów międzynaczyniowych, który to sposób przy pewnéj wprawie i w obec szybkich zmian, z jakiemi mieliśmy do czynienia, wystarcza aby się nawet drobnych zmian w szerokości naczyń dopatrzyć. Jeszcze łatwiéj było stwierdzić zmiany co do grubości w naczyniach naczyniówkowych. W ścianach tychże łatwo znaleźć miejsca o charakterystycznym a przytém prostym rysunku, w których z łatwością można spostrzedz bardzo nawet drobne zmiany. I tak po zwężeniu się naczyń, blisko obok siebie przebiegających i stykających się niemal z sobą, które przy nastawieniu tylko nieco niedokładném przedstawiają się już jakby jedno grubsze naczynie, prześwieca coraz wyraźniejsza smuga białéj twardówki; w innych miejscach regularne romby przestworów międzynaczynnych powiększają się i przedłużają. Takie miejsca można było w każdém oku wyszukać; nadto przygotowano jeszcze przed zaszczepieniem rysunki, które tę przynajmniéj przedstawiały korzyść, iż łatwiej można było odszukać i w pamięci odwołać obraz pewnych części dna oka, co już z tego względu korzystném się okazało, że częściéj niejako równocześnie badać przychodziło kilkoro w drgawkach konających zwierząt. Od chwili, w któréj można było wykazać laseczniki wąglikowe we krwi, badano wziernikiem dno oka prawie bez przerwy aż do śmierci, która następowała 24 do 60 godzin po zaszczepieniu, a 2 do 6 godzin po wykazaniu laseczników wąglikowych we krwi.

Przechodząc do zmian wziernikowych wspomnę naprzód iż w stosunkowo dość wielkiéj ilości przypadków już w okresie, w którym zresztą żadnych jeszcze niespostrzegamy u królików objawów chorobowych, naczynia siatkówkowe, a przedewszystkiém żyły stają się ciemniejsze, tak, że to ściemnienie tychże jest niejako pierwszą oznaką rozwijającéj się choroby. Wskazuje ono, iż niebawem będzie można wykazać laseczniki we krwi. Zazwyczaj jednak ciemniejsza barwa naczyń dna oka występuje razem z pierwszemi drgawkami. Skutkiem ściemnienia naczynia stają się wyraźniejsze, drobne gałązki, które poprzednio zaledwie spostrzedz było można, widać teraz wyraźnie. Tarcza nerwu wzrokowego jest dobrze odgraniczoną i trochę czerwieńszą. Naczynia jednak nie grubieją, i w całym swoim przebiegu znajdują się w téj saméj płaszczyźnie, nie są więc pokręcone Ten okres, w którym naczynia wziernikiem zaledwie dostrzegalne widoczne się stają, łatwo uważaćby można za przekrwienie, gdyby nie uwzględniono należycie ich szerokości. Przez jakiś czas ulegałem téż temu złudzeniu.

W okresie drugim naczynia siatkówkowe cieńczeją, ich przebieg staje się więcéj prostolinijny, a kąty utworzone przez widełkowato dzielące się gałązki mniejszemi. Pomimo to rozpoznać można dobrze najdrobniejsze nawet gałązeczki z powodu, że krew przybiera barwę coraz ciemniejszą. Równocześnie cieńczeją także i naczynia naczyniówki. Skutkiem tego widać coraz wyraźniéj równoległoboki sieci naczyń naczyniówkowych, powiększają się one bowiem na koszt naczyń żylnych. Barwa twardówki przebija coraz bardziéj. Miejscami można bardzo dokładnie widzieć jak biała, zrazu ledwie dostrzegalna, smuga przeglądającéj twardówki, położona pomiędzy dwiema tuż obok siebie przebiegającemi żyłami, staje się coraz szerszą i wyraźniejszą. Odblask dna oka bywa coraz jaśniejszy, co jest także cechą anemii dna oka ludzkiego (Litten), aż wreszcie przebiera barwę bladoróżową. W tym okresie napotykamy zawsze laseczniki wąglikowe krwi.

Anemija dna oka utrzymuje się aż do śmierci królików. Kiedy serce już bić przestaje, przedstawiają się żyły jak sznurki perełek, są poprzerywane, a tętnice wyglądają jak wązkie białe nitki.

Podobny obraz wziernikowy, przedstawiający wybitne znamiona ischemii dna oka z przebiegiem ostrym, spostrzegamy tylko w jednéj jeszcze chorobie ogólnéj, w któréj anemija występuje bez miejscowych przyczyn ucisku, a mianowicie w przypadkach cholery i to w okresie asfiksyi. Inne przypadki ischemii siatkówki, opisane przez Secondiego (*Mauthner Ophthalmoscopie* p. 348), Heddeusa (*Klinische Monatsblätter* 1865) i Rothmunda (*Klin. Monatsblätter* 1866) powstały zdaniem Graefego i Mauthnera (*Ophthalmoscopie* p. 347) skutkiem pozagałkowego zapalenia nerwu wzrokowego. Graefe (*Archiv* XII, 2) i Oser (*Choleraberich*t 1866, p. 26) podają, że w cholerze tętnice siatkówki i główniejsze ich rozgałęzienia stają się wązkie jak niteczki, drobniejszych tętniczek nawet rozpoznać nie można, żyły są ciemne, a skutkiem ciemnéj barwy krwi można je stosunkowo dość daleko na obwodzie widzieć. Jak się zachowują naczynia naczyniówki o tém autorowie nie wspominają, gdyż ich widzieć nie można z powodu przykrywającego je przybłonka barwikowego, podczas gdy u białych królików siatki naczyń naczyniówkowych są widzialne. Co do żył siatkówkowych, wspomina Graefe wyraźnie, iż nie spostrzegał ich pokręcenia a względnie rozszerzenia, z czego wynika, że w przypadkach cholery występuje prawdziwa ischemija siatkówki.

(Dokończenie nastąpi).

II. O oznaczaniu dolnéj granicy żołądka.

(Rzecz wykonana w klinice lek. tudzież w zakładzie anat patolog. Uniw. Jagiell.)

Napisał Dr. **Stanisław Ponikło**
Docent Uniw. Jagiell. Asystent kliniki lek.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 2).

B) Doświadczenia na żyjących.

Z tych przytoczę tylko niektóre, które *ad hoc* przedsiębrałem. W każdym z odnośnych przypadków usiłowalem nasamprzód oznaczyć dolną granicę żołądka bezpośrednio za pomocą perkusyi; gdy to dawało mi wyniki wątpliwe, doświadczałem opukiwania połączonego z osłuchiwaniem, a wreszcie wydymałem żołądek sztucznie kwasem węglowym, wytworzonym w żołądku przez podanie badanym proszku burzącego, tj. dwuwęglanu sodowego i kwasu winowego wedle Wagnera (v. Liten.) [1]. Przy opukiwaniu bezpośredniém starałem się oznaczyć dolną granicę żołądka po różnicy wysokości odgłosu wypukowego. Rozumie się, iż nawet w tych przypadkach, gdzie granica w ten sposób otrzymana odpowiadała prawidłowym granicom żołądka i odgraniczała dokładnie zakresy odgłosu wypukowego bardzo odmiennéj wysokości, nie zawsze mogłem być pewnym o prawdziwości

[1]) Ilość składników proszku burzącego w moich doświadczeniach użyta była rozmaita od 2·00 do 10·00 tak *Natr. bicarb.* jak *Acid tartar.* Nie uważałem, aby wydymanie żołądka tym sposobem sprawiało ból chorym badanym.

wyniku. W kilku przypadkach wkładałem zgłębnik żołądkowy i sposobem Leubego starałem się wymacać dolny koniec tegoż przez powłoki brzuszne, w celu skontrolowania wyników opukiwania.

1) J. P. l. 30, ślusarz. *Emphysema pulmonum, bronchitis chronica.* Granica dolna żołądka w LPMl na 1 cm. niżéj pępka oznaczona po różnicy wysokości odgłosu wypukowego bębenkowego. W LStl w poziomie pępka. W LPp. 2 cm. + p. pępka po granicy bębenkowego pełnego i bębenkowego stłumionego oznaczona.

W LPMpr. oznaczenie niemożebne.

Następnie włożono zgłębnik żołądkowy Nr. 12, który wszedł z łatwością na 63·5 cm. od zębów; dolny koniec takowego dał się wymacać mniéj więcéj w poziomie pępka.

2) J. S., l. 21. W LPMpr dolną granicę żołądka oznaczono na 3 cm. wyżéj poziomu pępka. W LPMl 2 cm. + p. pępka; w LPp 3·5 cm. + p. pępka. Również przy perkusyi za pomocą pręcika z kości słoniowéj *(Stäbchenpercussion)* w granicach podanych wystąpił podźwięk metaliczny, dokładniéj słyszalny przy równoczesném osłuchiwaniu. Zgłębnik Nr. 12 wprowadzony z trudnością dla wielkiéj wrażliwości chorego wszedł na 63 cm.; dolny koniec takowego jednak wymacać się nie dał przez powłoki brzuszne.

3) S. l. 33. *Pleuritis sinistra;* przestrzeń półksiężycowa Traubego wydaje odgłos wypukowy jawny, bębenkowy. Dolna granica żołądka w LSr i LPMl w poziomie pępka, w LSt na 1 cm. a w Pp na 2 cm. wyżéj pępka, wykazana bardzo wyraźnie tak przez opukiwanie bezpośrednie, jak po podźwięku metalicznym przy równoczesném osłuchiwaniu.

D. 4) D. G. l. 60. Przez opukiwanie bezpośrednio granica żołądka nie dała się oznaczyć. Podano badanemu po 4·00 *Natr. bicarb.* i *Acid. tartar.* Po 10ciu minutach nastąpiło zupełne wypuklenie okolicy dołka podsercowego. Granica dolna obecnie daje się wybadać przez opukiwanie po różnicy wysokości bardzo wydatnéj w LPMl
i LSr. 2 cm. + p. pępka
LStl. 1 cm. + „ „
LPp w poziomie pępka.

D. 5) J. K., l. 46. Przez wypuk granica żołądka nie daje się oznaczyć. Podano 5·00 *Natr. bicarb.* i *Acid. tartar.*— Po 10ciu minutach kontury żołądka zarysowały się lekko na powłokach brzusznych. Granica dolna po różnicy wysokości odgłosu i po podźwięku metalicznym oznaczona przebiega
w LPMl 2 cm. + p. pępka
w LStl 3 cm. + p. pępka.

D. 6) A. K., l. 43. Po wydęciu żołądka 5·00 *Natr. bicarb.* i *Acid. tartar.* oznaczono dolną granicę
w LPMpr 1 cm.—p. pępka
w LSr 1 cm.—„ „
w LPMl 1·5 cm.—„ „
w LStl 2·0 cm.—„ „

D. 7) A. C. l. 53. Granica dolna bardzo dokładnie bezpośrednio oznaczalna!! po wyraźnéj różnicy wysokości w LSr na 1 cm. niżéj połowy odstępu (p. fig. 4) wyrostka mieczykowatego od pępka, w LSt w tymże poziomie, w LPp na 5 cm. powyżéj poziomu pępka.

D. 8) M. K., l. 44. *Catarrhus ventriculi chronicus.* — Okolica żołądka nieco wypuklona; brzuch od sznurowania zaklęsły 2 cm. powyżéj pępka. Przy potrząsaniu wyraźne pluskanie w żołądku. Przy perkusyi bezpośredniéj wyniki badania bardzo względne.—Podano choréj 8·00 dwuwęglanu sodowego i 7·00 kwasu winowego. Po 10ciu minutach kontury żołądka zarysowały się bardzo wyraźnie na 8 cm. niżéj poziomu pępka; *motus peristalticus* od strony lewéj ku prawéj bardzo wyraźny. Perkusyja daje teraz odgłos wypukowy bardzo jawny, bębenkowy, nizki nad żołądkiem, którego granica dolna odpowiada bardzo dokładnie zarysom żołądka uwidocznionym na powłokach brzusznych. Granicę tedy dolną żołądka oznaczono liniją wypukloną ku dołowi przechodzącą na 8 cm. poniżéj pępka w linii środkowéj. Dla sprawdzenia tego wyniku badania włożono zgłębnik Nr. 12, który wszedł z łatwością na 66 cm.; koniec tegoż dolny dał się z łatwością wymacać na 4 cm. na lewo od LSr. na 7—8 cm. poniżéj poziomu pępka.

W granicach odgłosu wypukowego nad żołądkiem dał się wybadać bardzo wyraźny podźwięk metaliczny przy równoczesném osłuchiwaniu.

D. 9) S. G., l. 29. Granica dolna żołądka po wydęciu takowego kwasem węglowym daje się z łatwością oznaczyć
w LPMl 6·5 + p. pępka
w LStl 5·0 + „ „
w LPp 3·0 + „ „

D. 10) S. R., l. 37. Hypochondryja. Żołądka bezpośrednio opukiwaniem oznaczyć nie mogłem. Po zażyciu 6·00 *Natr. bicarb.* i *Acid. tartar.* żołądek rozdął się wyraźnie i zarysował przez powłoki brzuszne. Granica dolna została oznaczona w LPMl 3 cm. + p. pępka
w LStl 2 cm. + „ „
w LPp 2 cm. + „ „

Wprowadzony zgłębnik sztywny wchodzi na 61 cm. Dolny koniec jego da się wymacać na lewo od pępka, 2 cm. wyżéj poziomu takowego.

D. 11) G. Z., l. 67. Perkusyją bezpośrednio rozmiarów żołądka oznaczyć nie można. Chory spożył w opłatku 4·00 *Natr. bicarb.* a 3·5 *Acid. tartar.* Okolica dołka podsercowego wypukliła się nieco. Teraz po różnicy wysokości odgłosu oznaczono dolną granicę.

D. 12) T. J., l. 44. *Catarrhus ventriculi. Dilatatio ventriculi.* Po zażyciu 4·5 *Natr. bicarb.* i *Acid. tartar.* oznaczono dolną granicę żołądka po różnicy wysokości odgłosu wypukowego i po podźwięku metalicznym.
w LPMpr 2 cm. + p. pępka
w LSr i LPMl } 1 cm. + „ „
w LStl 2 cm. + „ „
w LPp 4 cm. + „ „

Zestawienie doświadczeń: Oprócz powyżéj podanych, *ad hoc* wybranych przypadków, doświadczałem perkusyi żołądka u znacznéj ilości chorych. Wyniki badania tedy i wnioski jakie przytoczę, nie opierają się wyłącznie na opisanych przypadkach, które niech służą tylko do ilustracyi w mowie będącego sposobu badania.

Widzimy, iż z pomiędzy 12tu przypadków podanych zaledwie w przyp. 1, 2, 3 i 7ym oznaczenie dolnéj granicy żołądka było możebne; w reszcie przypadków wynik badania albo był bardzo względny, albo wcale nieużyteczny i bez wartości. Przy nieznacznem wydęciu żołądka potrzeba nader korzystnych warunków rozpołożenia i wydęcia gazami innych części jelit, aby uzyskać przez opukiwanie wybitną różnicę odgłosu wypukowego nad żołądkiem, jak to wyjaśniłem powyżéj zestawiając doświadczenia na zwłokach.

We wszystkich zaś tych przypadkach, w których wy-

dęto uprzednio żołądek kwasem węglowym, oznaczenie dolnéj granicy przez opukiwanie dawało wyniki dość pewne.

Różnica wysokości występowała wyraźnie i odgraniczała się ściśle od wypuku części niżéj położonych. W kilku przypadkach można było udowodnić przy równoczesném osłuchiwaniu podźwięk metaliczny, a nawet po samym podźwięku metalicznym oznaczyć dolną granicę, w innych jednak brakło tego zjawiska zupełnie. W żadnym z podanych przypadków nie uważałem równoczesnego wydęcia jelit mogącego świadczyć o „niedomykalności odźwiernika“ wedle Ebsteina.

Wydawałoby się tedy, iż badanie dolnéj granicy żołądka po wydęciu przygotowawczém kwasem węglowym nie przedstawia żadnych trudności i daje wyniki pewne; jednakowoż żołądek sztucznie wydęty nie daje nam dolnéj rzeczywistéj granicy żołądka średnio gazem wypełnionego, lecz granicę znacznie niższą; ze stopnia tylko obniżenia granicy wolno wnioskować o rozmiarach żołądka, a raczéj o dzielności mięśniowéj takowego; żołądek prawidłowy (prawidłowych rozmiarów) nie wydmie się nigdy do tego stopnia, aby granica dolna jego sięgała po wydęciu w LPMl lub Stl niżéj poziomu pępka; gdy takowa ustawiona jest niżéj pępka, świadczy to o „rozszerzeniu“ żołądka i niedomodze mięśniowéj takowego.

Co się tyczy podźwięku metalicznego, nie byłbym pochopny przypisywać takowemu (samemu przez się) znaczenia rozpoznawczego, pojawia się bowiem tylko przy średniém bliżéj co do stopnia oznaczyć się niedającém napięciu żołądka, a czasem go braknie zupełnie. W każdym zaś przypadku, gdzie występuje wyraźnie, perkusyja bezpośrednio prowadzi do celu równie pewno.

Wnioski: 1) Dolna granica żołądka wydętego do rozmiarów wyżéj średnich naturalnie lub sztucznie daje się zazwyczaj oznaczyć po różnicy wysokości odgłosu wypukowego; czasem kontury téjże zarysowują się przez powłoki brzuszne.

2) Oznaczenie w ten sposób dolnéj granicy żołądka tylko w przybliżeniu i z pewném prawdopodobieństwem świadczy o rzeczywistych rozmiarach żołądka; poziom pępka stanowi mniéj więcéj granicę obniżenia się prawidłowego żołądka.

3) Podźwięk metaliczny jest częstym lecz niestałym objawem i ma wartość rozpoznawczą bardzo niepewną.

II. Oznaczanie dolnéj granicy żołądka przez wlewanie płynu do takowego (badanie poziomu płynu nagromadzonego w żołądku).

Metodę oznaczania granic żołądka przez wlewanie płynu do takowego polecił już Piorry; tenże stwierdził, iż można z łatwością w różnych pozycyjach badanego oznaczyć tak górną jak dolną granicę płynu w żołądku; w pozycyi stojącéj poziom płynu ustawiony jest w linii pozioméj, dolna granica w linii lekko wypuklonéj ku dołowi.

Zdaje się na pierwszy rzut oka, iż nie ma nic prostszego i łatwiejszego, jak kazać badanemu wypić znaczniejsze ilości płynu od 500—1000 grm. i w pozycyi stojącéj oznaczyć dolną granicę żołądka po dolnéj granicy stłumienia pochodzącego od płynu, następnie kazać przybrać położenie na wznak i upewnić się po wystąpieniu w granicach stłumienia odgłosu jawnego bębenkowego (z powodu opadnięcia płynu ku tyłowi) o prawdziwości wyniku badania.

Badanie to jednak przedstawia w rzeczywistości dość znaczne trudności: 1) z tego powodu, iż należy badanemu podać znaczniejsze ilości płynu naraz, co najmniéj 500·00, ilości mniejsze bowiem nie wywołują żadnego stłumienia, 2) należy badać natychmiast po wypiciu płynu, gdyż ten zostaje u osób zdrowych bardzo rychło wessanym, 3) skutkiem napięcia mięśni brzusznych w pozycyi stojącéj odgłos wypukowy na całym brzuchu może zamienić się na stłumiony.

Zauważyłem, iż najdogodniéj jest badać stłumienie pochodzące od płynu nie w pozycyi stojącéj lecz siedzącéj z wygiętym ku tyłowi kręgosłupem; mięśnie brzuszne są wtedy stosunkowo najmniéj napięte.

Doświadczenia własne w téj mierze uskuteczniłem w kilku przypadkach na zwłokach, na których poprzednio przez mały otwór podwiązałem dwunastnicę tuż za odźwiernikiem w celu zapobieżenia możebnemu dostawaniu się płynu do jelit cienkich, poczém oznaczałem górną i dolną granicę stłumienia pochodzącego od płynu wtłoczonego za pomocą pompy Leitera w różném ułożeniu zwłok.

Doświadczenia na żywych dzielą się na doświadczenia *ad hoc* przedsiębrane częścią u osób, u których byłem upoważniony przypuszczać normalne rozmiary żołądka, częścią u chorych okazujących rozszerzenie takowego, tudzież na doświadczenia dotyczące badania przez perkusyję płynu wpompowywanego w celach leczniczych, do czego dość często w klinice lekarskiéj miałem sposobność.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Mauthner: **Vorträge aus dem Gesammtgebiete der Augenheilkunde. Glaucoma**, Wiesbaden, Bergmann, 1881.

(Dokończenie. Patrz Nr. 2).

Mówiąc o upośledzeniu funkcyj oka, wspomina autor, że w przypadkach jaskry zapalnéj oprócz upośledzenia czucia na światło innych zboczeń nie spostrzegamy. Rozpoznawanie barw, z nadzwyczaj tylko rzadkiemi wyjątkami, jest prawidłowe, szerokość akomodacyjna zmniejsza się. Zmiana stanu refrakcyi nie jest jeszcze udowodnioną. W przypadkach jaskry zapalnéj oprócz objawów występujących w *glaucoma simplex* spostrzegamy także: rozszerzenie żył podspojówkowych, znieczulenie rogówki, płytkość komórki przedniéj, rozszerzenie źrenicy i nieoddziaływanie téjże na światło, zanik tęczówki, zmętnienie środków łamiących. Podmiotowo występują zamglenie pola widzenia, bóle, widzenie kręgów barwnych, a nakoniec ślepota. Bóle występują naprzód w oku i nad oczodołem i z początku robią wrażenie napięcia, które po jakimś czasie ustępuje, a dopiero późniéj ból staje się trwałym. W późniejszych okresach zajmuje całą połowę głowy.

Glaucoma simplex fulminans pojawia się istotnie według spostrzeżeń autora. Objawy są następujące: Źrenica się rozszerza, przodowe komórki stają się płytszemi, gałki czasem są twardsze, rogówki mniéj czułe, bólów nie ma, chociaż prawie we wszystkich przypadkach późniéj występują, w kilku godzinach chory traci poczucie światła.

Stadium prodromorum jest sumą słabych napadów jaskry.

Skutkiem czego powstaje ekskawacyja i obwódka zanikowa jaskrze właściwa *(glaucomatöser Hof)*, tego autor nie tłumaczy. Podaje tylko, że wprzód nim ekskawacyja powstaje,

większe naczynia ku tyłowi ustępują. Do wytworzenia się ekskawacyi trzeba dłuższego czasu, dla tego w przypadkach jaskry ostréj nie ma ekskawacyi.

Co do rozwoju rozróżnić można cztery okresy jaskry: *Glaucoma incipiens, evolutum, absolutum* i *degenerativum*. *Glaucoma incipiens* rozpoznaje autor wtenczas, jeżeli wykazać może, iż oko przebyło przynajmniéj jeden napad albo jeżeli ekskawacyja zaczyna się wytwarzać. W przypadkach *Gl. evolutum* musi być albo ekskawacyja głęboka, przyczém bystrość wzroku może być nawet prawidłowa, albo bystrość jest upośledzoną, przyczém ekskawacyja może być płytką lub głęboką. Jeżeli oko skutkiem jaskry już utraciło poczucie światła, tedy rozpoznaje się *Gl. absolutum*. W tym okresie chorzy często, pomimo utraty poczucia światła, skarżą się na błyski i olśnienie. Pierwszym wreszcie objawem zwyrodnienia jest *Catarracta glaucomatosa*, któréj w przypadkach jaskry niezapalnéj nigdy nie spostrzegamy. Późniéj występuje ograniczone wydęcie twardówki. Dość często wreszcie tak zwyrodniałe gałki oczne zanikają skutkiem *panophthalmitis*, powstałéj po krwotokach, urazach albo po przebiciu wrzodów.

Jaskra pojawia się tak w młodym jak i w starszym wieku. U młodych częściéj niż przeważna większość okulistów przypuszcza; u osób młodych jednak napady są słabe, a natomiast częściéj się powtarzają, podczas gdy u starszych już pierwszy napad jest ciężkim i zmusza chorych do szukania porady lekarskiéj.

W przypadkach przewlekłéj niezapalnéj jaskry w krótszym stosunkowo czasie drugie oko zapada niż w przypadkach ostréj zapalnéj. Ezeryn uśmierza bóle, usuwa chwilowo podwyższony ucisk śródoczny, łagodzi napad, lecz radykalnie jaskry uleczyć nie zdoła. Wyleczyć można jaskrę tylko za pomocą operacyi i to albo za pomocą irydektomii albo sklerotomii. Autor radzi, aby irydektomiję wykonywać od góry, sklerotomiję zaś od dołu i to za pomocą nożyka Graefego. W obu razach radzi poprzednio zapuścić siarkan ezerynu. Jedna i druga jednak operacyja w stosunkowo znacznéj ilości przypadków zawodzi. Statystyka Mauthnera mniéj pomyślne rezultaty wykazuje niż statystyka Graefego. Najniekorzystniejsze rezultaty daje jaskra niezapalna.

Operacyja pożądanego skutku nie odnosi albo z powodu: *a)* nieprawidłowego przebiegu i wykonania téjże, a względnie skutkiem niepomyślnego gojenia się rany, albo też *b)* pomimo to, że operacyję jak najlepiéj wykonano a ranka się dobrze zagoiła.

Pomijając już dość częste powstawanie wybroczyn w siatkówce, operacyja sprowadzić może zapalenie ropne całéj gałki ocznéj (bardzo rzadko), przewlekłą *iridokyklitis*, bardzo gwałtowne wynaczynienia i krwotoki podnaczyniówkowe, wrośnięcie tęczówki w rankę, które zazwyczaj tylko za pomocą powtórnéj operacyi usunąć możemy, wydęcie w rankę opadniętéj tęczówki *(cystoide Vernarbung)*, które późniéj ropieje, wreszcie zaćmę czy to skutkiem skaleczenia przodowéj torebki, lub też pęknięcia téjże podczas operacyi na obwodzie, co się zdarza w przypadkach ostréj jaskry, a nakoniec, na co już Graefe zwrócił uwagę, operacyja na jedném oku wykonana stać się może przyczyną ostrego napadu na oku drugiém dotąd zdrowém.

Lecz nawet zupełnie prawidłowa operacyja i pomyślne zagojenie ranki nie we wszystkich przypadkach zdoła zapobiedz dalszemu rozwojowi choroby i usunąć nowe napady. Tak irydektomija jak i sklerotomija nie odnoszą w pewnéj ilości przypadków pożądanego skutku pomimo prawidłowego przebiegu operacyi. Naprzód się zdarza, że krzywizna rogówki staje się nieprawidłową, albo że soczewka z pierwotnego położenia się lekko wysuwa, skutkiem czego powstaje niezborność nieregularna tak wysokiego czasem stopnia, że chorzy nawet do grubszych robót stają się niezdolnymi. Zdarza się to dość często w przypadkach niezapalnéj przewlekłéj jaskry. W innych przypadkach z niewiadomych powodów może irydektomija wprost szkodliwie działać na siatkówkę i na nerw wzrokowy. W tych przypadkach wprawdzie ucisk śródoczny staje się po operacyi prawidłowym, bystrość jednak wzroku upośledza się; zdarza się to w szczególności w tych przypadkach, w których przed operacyją wykazać można znaczne ścieśnienie pola widzenia.

Mauthner jest przeciwnikiem irydektomii, a zaleca sklerotomiję. Raz dla tego, że sklerotomija daleko rzadziéj niż irydektomija sprowadza niezborność nieregularną, daléj że nie działa szkodliwie wprost na nerw wzrokowy i siatkówkę że obniża ucisk śródoczny i powstrzymuje dalszy rozwoj choroby jeżeli nie częściéj to tak często jak i irydektomija a nakoniec także dla tego, że sklerotomiję można natychmiast wykonać, jeżeli tylko rozpoznano jaskrę.

W przypadkach przewlekłéj niezapalnéj jaskry irydektomija bezwzględnie jest przeciwwskazana; w przypadkach zaś ostréj zapalnéj jaskry sklerotomija powstrzymuje dalszy rozwój choroby i ma pewne zalety, których irydektomija nie ma, a o których powyżéj była mowa. Wykonaniu sklerotomii nic na przeszkodzie nie stoi ze względu na okres jaskry. Najlepiéj wykonywać operacyję przy zwężonéj źrenicy; dla tego wskazane jest kilkakrotne zapuszczenie siarkanu ezerynu do oka chorego przed operacyją.

Jeżeli w okresie zwyrodnienia jaskry występują bóle lub znaczne powiększenie gałki ocznéj, tedy tylko operacyja bóle usunąć i dalszemu rozwojowi choroby zapobiedz może. Wiadomo, że irydektomija wykonana w tym późnym okresie jaskry wywołuje dość często ostry napad jaskry na oku drugiém (Graefe, Arlt). Autor radzi, aby w tych przypadkach zastąpić irydektomiję sklerotomiją. Jeżeliby zaś i ta operacyja pożądanego nie odniosła skutku, tedy należy gałkę oczną wyłuszczyć albo sprowadzić sztuczne bezbolesny jéj zanik.

W tym celu Graefe zaleca następujący sposób operowania: Nożykiem Beera przecina się rogówkę, tęczówkę i soczewkę. Po wyjęciu soczewki odcina się wszystko co tylko z ranki wystaje, przyczém zazwyczaj krwotok z naczyniówki występuje. Gdyby zaś nie wystąpił, tedy uciska się gałkę, dopóki krew nie płynie. Opaska uciskowa. W przeciągu 8—14 dni gałka zanika; *panophthalmitis* wyjątkowo tylko występuje.

W przypadkach, w którychby krwotok był bardzo znaczny, jak wiadomo krwotoki z naczyniówki życiu zagrażać mogą, trzebaby gałkę oczną wyjąć. Autor jednak w tém położeniu się jeszcze nie znajdował. Skubanka maczana w *Ferrum sesquichloratum*, opaska uciskowa, okłady lodowe, wystarczą, aby powstrzymać krwawienie. Autor sprowadzenie sztucznego zaniku już z tego powodu zaleca, że chorzy łatwiéj się zgadzają na taką operacyję, niż na wyłuszczenie, które wielu chorym jest tak wstrętném, iż chyba pod wpływem najsilniejszych bólów na nie się godzą.

W następnym (dziesiątym) zeszycie mieścić się będzie rzecz o jaskrze następowéj, o etyjologii, teoryi i o rozpoznawaniu jaskry. *Dr. E. Machek.*

Rosenbach (we Wrocławiu): **Sztuczne rozdęcie żołądka kwasem węglowym jako pomocniczy sposób rozpoznawczy guzów tego narządu i narządów sąsiednich.**

R. podaje następujące spostrzeżenia i uwagi nad ważnością dyjagnostyczną rozdymania żołądka kwasem węglowym. Najodpowiedniejszém okazało się według autora rozdymanie żołądka za pomocą proszków burzących podawanych w większéj ilości, np. 2gr., po których zaraz badany wypijał szklankę lub dwie szklanki wody. Użycie większych dawek proszków burzących jest odpowiedniém szczególniéj, gdy chodzi o badanie guzów narządów sąsiadujących z żołądkiem; jeżeli zaś chodzi o guzy samego żołądka lepiéj podać mniejsze dawki. Niekiedy może się wydarzyć, że mimo użycia znaczniejszéj ilości proszków burzących żołądek bardzo mało co się rozedmie. Za przyczynę tego uważa Ebstein niedomykalność odźwiernika i uchodzenie gazu do kiszek. Zdaniem R. tłumaczenie Ebsteina jest niewystarczającém, bo po wprowadzeniu zgłębnika do żołądka uchodzi częstokroć przez niego gaz w znacznéj ilości. Przyczyna zdaje się raczéj leżeć w kurczowém ściąganiu się żołądka. Zresztą w wielu przypadkach objaw ten nie da się na teraz wyjaśnić.

Co się tyczy zalet metody przy guzach żołądka, to te szczególniéj wybitnie występują przy nowotworach usadowionych w części odźwiernikowéj *(pars pylorica)*. Guzy, które poprzód dawały uczucie tylko zwiększonéj rezystencyi, po wydęciu żołądka dają się dokładnie wyczuć, i zarysy ich można z łatwością oznaczyć. Guzy, spojone z narządami sąsiedniemi, dla tego mało lub zupełnie nieprzesuwalne, po wydęciu żołądka także łatwiéj rozpoznać, bo się uwidocznia przechodzenie zarysów żołądka w guz badany. Wrzody okrągłe żołądka, a o wiele częściéj raki, usadowione koło odźwiernika, sprawiają taką drażliwość ścian mięsnych żołądka, że te za lada dotykiem kurczą się silnie koło nowotworu, tworząc formalnie wał mięsny na około niego. Łatwo pojąć, że taka kurczliwość daje często powód do błędów we wnioskowaniu o wielkości nowotworu, a nawet niekiedy bywa przyczyną rozpoznawania nowotworów tam, gdzie ich wcale nie ma. Guzy te często widocznie maleją po dłuższéj palpacyi. Przez rozdęcie ścian żołądka unika się tego złudzenia.

Dalsze znaczenie ważne ma rozdymanie żołądka ze względu na rozpoznawanie powiększenia śledziony, a szczególniéj wątroby. Wątroba pokrywa w znacznéj części żołądek, toż samo czyni, choć w mniejszym stopniu, powiększona i zesunięta śledziona. Przez wydęcie żołądka narządy te mocniéj przylegają do ścian brzucha, a ztąd stają się one dostępniejszemi dla ręki badającego lekarza. W wielu razach można dolny brzeg wątroby objąć i nawet dostatecznie przekonać się o położeniu i rozmiarach pęcherzyka żółciowego. Naturalnie, jeżeli wątroba mało schodzi poniżéj łuku żebrowego, to przez wydęcie żołądka nietylko się nieułatwia zbadania jéj brzegu, ale nawet częstokroć utrudnia, a to skutkiem skręcenia wątroby koło osi.

Wydęcie żołądka może niekiedy znakomicie pomódz do odróżnienia guzów nerkowych od guzów śledziony. Nowotwory śledziony leżą naturalnie przed żołądkiem, rozszerzone więc granice żołądka, skutkiem rozdęcia tegoż, wcale nie wpłyną na zmniejszenie rozmiarów stłumienia, wywołanego nowotworem śledziony. Przeciwnie rzecz się ma z nowotworami pozaotrzewnowemi, szczególniéj nerkowemi. Wydęcie żołądka tutaj wpłynie znacznie na figurę nakreśloną wedle granic stłumienia: wypuk bębenkowy będzie teraz wkraczał w granice poprzedniego stłumienia. W tym ostatnim przypadku i palpacyja guza pozaotrzewnowego będzie trudniejszą po wydęciu żołądka kwasem węglowym niż przed wydęciem. W rzadkich przypadkach powiększona głowa trzustki *(pancreas)* lub rozszerzona aorta brzuszna może naśladować guzy żołądka. Po wydęciu żołądka guzy te zostają pokryte rozszerzonym narządem i stają się dla palpacyi niedostępnemi, przez co złudzenie ustaje.

Z tego widoczna, jak ważném jest wydęcie żołądka w rozpoznawaniu chorób narządów jamy brzusznéj. Zwrócić należy tutaj jednak uwagę, że nie można się nigdy zadowalać jednorazowém zastosowaniem téj metody badania. Szczególniéj ważném jest kilkakrotne jéj powtórzenie w razie niedokładnego rozdęcia ścian żołądka w pierwszych próbach. (Muszę tutaj nadmienić, że używanie proszków burzących celem ułatwienia rozpoznania guzów żołądka już od kilku lat używa się w klinice krakowskiéj i w oddziale Doc. Dra Pareńskiego, i że metoda ta w wielu razach godną jest polecenia). (*Deutsche medic. Wochenschrift* 1882, Nr. 2).

Dr. Kopff.

Vierordt: **Jeszcze o leczeniu tasiemca wyciągiem paproci męskiéj.**

Od r. 1872 leczono w klinice w Tübindze 21 chorych na tasiemca, — a tylko w dwóch przypadkach udało się spędzić pasorzyta od razu z głową, i tę wykazać. Taki wcale niepomyślny wynik leczenia skłonił do nowych prób. Najodpowiedniejszą okazała się metoda, tamże już od $1^1/_2$ roku stosowana, nieco odmienna od dotychczasowego zwykłego postępowania. Kuracyję poprzedza wypróżniająca enema, po któréj podaje się choremu 10 gr. *Extracti filicis maris aetherei*. W godzinę późniéj chory dostaje na śniadanie filiżankę dobrze osłodzonéj kawy czarnéj. Jeżeli wyciąg paproci sprawia choremu nudności, obrzydzenie, niesmak, można do paproci podać Cognac, czarną kawę itd. W 25 minut po podaniu wyciągu paproci należy dać choremu jeden proszek, zawierający 1,00 Jalapy i 0,50 Kalomelu; po 25 minutach znów drugi taki sam proszek, a jeżeli jeszcze potrzeba, po upływie dalszych 25 minut, trzeci proszek. Kuracyję należy przerwać, skoro tylko w stolcu zaczną się pokazywać członki tasiemca. Jeżeli środki użyte, rozwalniające, nie skutkują, użyć olejku rącznikowego i enem.

Leczenie w ten sposób stosowano w klinice, według H. Vierordta, trzynaście razy. Dwa razy tylko nie znaleziono głowy. U jednego z tych dwóch pacyjentów nie było można skonstatować tasiemca, nawet po upływie 11 miesięcy. Ogółem odeszło u 11 pacyjentów 14 główów tasiemca. Vierordt zaleca bardzo tę metodę ze względu na krótkość leczenia, na jéj proste zastósowanie, niewywołujące żadnych przykrych, ubocznych objawów. (*Centralblatt f. klin. Medicin.* 28, 12, 1881).

Dr. Kopff.

Dr. Chodounský: **O nerwicy naczynioruchowéj u kobiet w wieku przechodowym.**

Obszerniejszą rozprawę kliniczną o tym przedmiocie odkładając do przyszłego Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Czeskich, mającego w tym roku odbyć się w Pradze, autor na posiedzeniu Tow. lek. Czeskich dnia 2 bm. podał o téj osobliwszéj nerwicy tymczasową wiadomość, opartą na 5ciu przypadkach, w ciągu przeszłego roku spostrzeganych i leczonych.

Jest tu mowa o napadach obfitego pocenia się, *hyperidrosis*, które spostrzegano i opisywano jako towarzyszące rozmaitym postaciom hysteryi, nerwobólom, rozmaitym cierpieniom nerwu współczulnego, mózgu, rdzenia pacierzowego itp., których wszakże nie uważano dotąd za cierpienie nerwowe samoistne.

Owóż w tém to mianowicie znaczeniu rozumie je i przedstawia Dr. Ch. w rysach następujących: „Właściwe jest ono wyłącznie wiekowi przechodowemu i objawia się napadami krótkiemi, około $1/2$ minuty tylko trwającemi. Napady te są typowe i powtarzają się peryjodycznie, składając się z dwóch okresów: gorąca i potów. — Wyjątkowo poprzedza je lekkie ziębienie, które w jednym przypadku zjawiło się dopiero po gorączce. Ostre przypadki tego cierpienia odznaczają się nie tylko krótszym przebiegiem, lecz i mocniejszém natężeniem i te dają się łatwiéj uleczyć. Chroniczne zaś mogą trwać do lat trzech, tj. przez cały czas inwolucyi, a znikają same przez się.“ Napady téj nerwicy zjawiały się zawsze u osób skądinąd zupełnie zdrowych, jednocześnie z pierwszemi objawami nieprawidłowego miesiączkowania, z początku w umiarkowanym stopniu 2—3 razy na dzień, z przerwami podczas nocy i taki stan w czterech przypadkach trwał 2—4 miesiące, a w jednym rok cały. Następnie wzmagając się napady powracają co 2 godziny, co godzina a nawet co pół godz. tak we dnie jak w nocy. — U trzech chorych bywały one w dzień częstsze, a w nocy chociaż rzadsze lecz daleko silniejsze.

Przed samym napadem chore czują zwykle rodzaj aury, zapowiadającéj nadejście napadów silniejszych; jeden raz poprzedzało je bicie serca, drugi raz chora czuła gorąco idące od serca ku głowie, a potem dreszcz, który jak błyskawica przelatywał od głowy aż do palców u nóg.— Same napady rozpoczynają się od zarumienienia twarzy i piersi, a wnet potém czerwoność obejmuje płomieniem całe ciało i dochodzi stopniowo do barwy szkarłatowéj, przyczém niekiedy źrenice bywają rozszerzone. We 20 sekund późniéj zaczynają występować krople potu na czole, potém na grzbiecie, plecach, nogach i wszędzie tak obficie, że wkrótce kropla bywa jak gdyby w wodzie zmaczaną.

Raz tylko jeden towarzyszyły napadowi nerwowe bóle głowy, ramienia lub przedramienia; nigdy zaś w trzewach brzusznych.

W żadnym też przypadku stanowczo autor nie dostrzegł najmniejszego śladu jakichbądź objawów hysterycznych.

U dwóch chorych cierpienie w ciągu 4 miesięcy rozwinięte do wysokiego stopnia, zostało uleczone we 2 doby; u dwóch innych trwało ono od 2—$2^1/_2$ lat i u téj ostatniéj ustąpiło po 2 miesiącach leczenia.— Recydywa raz tylko jeden objawiła się.

Leczenie. Z powodu typowego charakteru choroby, zadawany z początku chinin w dawkach gramowych nie okazał najmniejszego skutku. Przeciwnie zaś bromek potasu, do którego następnie uciekł się Dr. Ch., zadawany w ilości 4·00 dziennie, wystarczał do przerwania napadów ostrych po dwóch dniach użycia tego środka. — Ztąd też autor zgodnie z Vulpianem bromek potasu ma raczéj za wyraźne *sedativum* na zadraśnione nerwy, niż za środek działający na naczynia mózgowe, jak to mniemają niektórzy fizyjologowie.

Istotę tego ciekawego cierpienia autor dość obszernie i bardzo trafnie tłumaczy jako zadrażnienie odruchowe, najprzód nerwów rozszerzających naczynia (*nerfs vasodilatateurs* Cl. Bernard i Vulpian) oraz ich ośrodków, a w ślad za tém takież zadrażnienie nerwów pobudzających (*N. excito-sécrétoires. Vulpian*) czynność gruczołków potowych.—Jedno zaś i drugie, prawdopodobnie bez żadnego pośrednictwa nn. współczulnych, pochodzi od zamierającego w swéj czynności narządu rodnego u kobiet w dobie przechodowéj. (Časopis lek. česk. 1882, Nr. 2). *Dr. Kopernicki.*

Dr. Chrostowski: **Przypadek szkarlatyny i ospy razem przebiegającéj.**

Do szpitala św. Rocha w Warszawie przybył 19-letni szewczyk, chory od trzech dni. W dniu przyjęcia spostrzeżono prócz podniesionéj do 40·4°C. ciepłoty różycowe zabarwienie skóry szyi i tułowia, bledniejące ku kręgosłupowi; na tém szkarlatném tle kropkowe wynaczynienia krwi. Przy ucisku palcem skóra niezupełnie blednie, wynaczynienia wyraźne. W gardle zaczerwienienie, obrzęk migdałków. Powiększenie i bolesność gruczołów podszczękowych i szyi, obrzęk śledziony stanowiły obraz chorobowy, który skłaniał autora do rozpoznania płonicy. Na drugi dzień objawy te same, prócz wystąpienia na skórze twarzy i odnóg górnych rzadkiéj, plamistéj i guziczkowatéj wysypki, którą również i na podniebieniu twardém wykryto. Wieczorem tegoż dnia wysypka na górnéj części klatki piersiowéj zbladła, wysypka zaś na twarzy i odnogach górnych znaczniejsza, co autora skłoniło do rozpoznania istniejącéj ospy naturalnéj obok płonicy.

W trzecim dniu pobytu chorego wysypka płonicy blednie, natomiast guziczki zamieniają się na pęcherzyki i szerzą się na odnogi dolne, na tułowiu jednak zaledwie kilka guziczków. Czwartego dnia ciepłota prawidłowa, wysypka płonicy tylko gdzieniegdzie widoczna; skóra na szyi i kl. piersiowéj łuszczy się w drobnych blaszkach, natomiast wysypka ospowa dojrzewa, pryszcze na podniebieniu twardém zlewają się, podczas gdy podniebienie miękkie przybladło. Gruczoły chłonicze podszczękowe i na szyi mniéjsze i niebolesne. W kilka dni późniéj coraz większe łuszczenie wysypki płonicowéj obok naturalnego przebiegu dalszych okresów ospy. Choroba zakończyła się po kilku tygodniach zupełném wyzdrowieniem.

Opierając się na jednostajném wystąpieniu wysypki i braku jéj na twarzy, na długiém trwaniu i łuszczeniu się, zajęciu podniebienia miękkiego i gruczołów chłoniczych i jednostajnym stanie gorączki, uważa autor wysypkę na tułowiu za płonicową, a opisany przypadek jako kombinacyję płonicy z ospą naturalną. Za szczególną cechę tego przypadku uważa poprzedzenie płonicy, pojawienie się tego połączenia w wieku starszym i ścisłe unikanie przez jedną wysypkę miejsc zajętych poprzednio przez inną. (*Gazeta Lekarska*, 1881, Nr. 53.) *Dr. Murdzieński.*

Dr. Langerfeldt: **Przypadek otrucia ziarnkami nasienia z Ricinus communis**

L. opisuje następujący ciekawy przypadek: Dziesięcioletni chłopiec zjadł kilkanaście ziarnek nasienia *Ricinus communis*. Wkrótce potém wystąpiły u niego nudności, ból głowy, a zapytywany przez matkę sam przypisywał objawy te skutkom spożytego nasienia, bo i koledzy jego, których w szkole uraczył, również skarżyli się na podobne dolegliwości. W nocy wystąpił znaczny zapad sił, wymioty mas śluzowych, żółtawych, z żyłkami krwi, silne rozwolnienie,

sensoryjum zajęte, chory kał i mocz oddawał pod siebie. Badanie rano następnego dnia wykazało: Twarz blada, chłodna, sina, oczy zapadnięte, wyraz twarzy trwożliwy, bolesny. Skóra wilgotna, ciepłota 36,3°, tętno 110, miękkie, sensoryjum na pół zajęte. Gwałtowny ból w okolicy żołądka, palenie w przełyku, nieugaszone pragnienie. Język suchy, żółtawo obłożony, przełyk obrzmiały, zaczerwieniony. Brzuch zapadnięty, bolesny. Wymioty często się powtarzają. Leczenie polegało na podawaniu środków podniecających i wstrzymujących wymioty. Wstrzyknienie morfinu złagodziło dręczące pragnienie. Powoli po tém leczeniu chłopiec powracał do zdrowia i już w szóstym dniu po zjedzeniu nasion poszedł do szkoły.

Przypadek ten pierwszy w literaturze lekarskiéj jest z tego powodu ważnym, że *Ricinus communis*, należący do *Euphorbiaceae*, jest i u nas dość rozpowszechnionym i często po ogrodach pielęgnowanym dla ozdobnych liści. Dla tego łatwo zdarzyć się może przypadkowe zatrucie. Nasiona duże, owalne, nieco przypłaszczone, szarawo-brunatne, mają smak gorzkawy, lecz dość przyjemny. Czy nasiona te zawierają prócz oleju jaki środek drastyczny, lub w inny sposób trująco na ustrój działający, nie wiadomo. To tylko pewna, że nasiona, jakoteż świeżo, z nieprerarowanych nasion wyciśnięty olej, działają o wiele więcéj drastycznie. Ziarnka pozbawione swéj ostrości, jak zwykle to czynią, przez wygotowanie w wodzie, dają olej o wiele łagodniéj działający (Hager). Jakie ciało właściwie w oleju rącznikowym działa drastycznie, nie wiadomo na pewne. Soubeiran przypisuje skutki oleju rącznikowego żywicy, którą można otrzymać przez zmydlenie oleju wapnem i wyciągnięcie z mydła eterem. Bower twierdzi, że olej, prócz ciała białkowatego, zawiera jakąś istotę do amigdaliny podobną, która w zetknięciu z wodą wywięzuje ciało woni nieprzyjemnéj, silnie drażniące przewód pokarmowy. *(Berliner klinische Wochenschrift* 1882 Nr. 1).

Dr. Kopff.

Dr. Rózsahegyi: Próby szczepienia ochronnego zarazy śledzionowéj uskutecznione we Węgrzech według metody Pasteura.

Węgierskie ministerstwo rolnictwa, handlu i przemysłu zaprosiło roku zeszłego Pasteura, aby przybył do Pesztu dla okazania sposobu szczepienia ochronnego zarazy śledzionowéj i dla wykonania prób. Ponieważ Pasteur nie mógł sam przybyć, przysłał swego asystenta Thuilliera, który w obec komisyi złożonéj z 9 członków, mianowanéj przez ministerstwo, wykonał kilka prób z metodą Pasteura. W skład komisyi wchodzili profesorowie uniwersytetu, dyrektor szkoły weterynaryjnéj i Doc. Dr. Aladar Rózsahegyi, ze sprawozdania którego, podajemy niektóre ciekawe szczegóły.

Pasteur, widząc, że ta mała cząstka zwierząt, która oparła się śmiertelności zarazy śledzionowéj, była już na przyszłość bezpieczną od nawrotu choroby, doszedł do wniosku, że jeżeli nam się uda wywołać objawy zarazy śledzionowéj nie tak groźne, to, podobnie jak w ospie, będzie można przez umyślne wywołanie choroby poronnéj zapobiedz na przyszłość powstaniu jéj w całéj sile i grozie. Szczepienie bezpośrednie krwi ze zwierząt chorych wywoływało objawy częstokroć jeszcze groźniejsze, aniżeli samoistne zarażenie się. Pozostawało więc tylko przez odpowiednie kultury osłabić siłę grzybków do tego stopnia, aby one wywoływały przemijające objawy chorobowe. Grzybki rozwijały się najlepiéj w rosole w ciepłocie od 24 do 40°C. Mnożenie ich ustawało zupełnie poniżéj 15°C. i powyżéj 45°C. Ponieważ zależało na tém, by niepozbawiać grzybków własności rozmnażania się, więc ciepłoty te do hodowli nie dały się użyć. Pasteur widząc, że ptaki, szczególniéj zaś ptaki drapieżne, posiadają w wysokim stopniu odporność przeciw grzybkom wąglika, i że odporność ta zależy główuie od wysokiéj ciepłoty, jaka krwi tych ptaków jest właściwą (42—43°C.), powziął myśl, aby grzybki wąglikowe hodować w rosole przy cieplocie 42 do 43°C. Przy takiéj hodowli bakteryje rozrastały się w długie nitki, nie wydawały zaś plemników. Czém dłużéj bakteryje przy tak wysokiéj ciepłocie hodowano, tém one mniejszą okazywały siłę i żywotność. Grzybki takie w 12 dni z hodowli wyjęte, już nie zabijały wszystkich zaszczepionych zwierząt, jak to zwykła czynić krew ze zwierząt zarażonych, lecz zaledwie tylko połowę. Grzybki hodowane przez 24 dni wcale już nie wywoływały śmiertelnych objawów, lecz tylko przemijające, kilkodniowe, podniesienie ciepłoty ustroju. W ciepłocie od 42 do 43° hodowane grzybki żyły najdłużéj 4 do 6 tygodni, słabnąc powoli, aż w końcu obumarły.

A więc grzybki wyjęte w 24 dniu z hodowli w ciepłocie 42 do 43°C. przedstawiały najodpowiedniejszy materyjał do szczepienia. Jednakowoż zwierzęta grzybkami z téj hodowli zaszczepione ulegały jeszcze zarażeniu grzybkami zupełnie świeżemi, jędrnemi; — odporne zaś były dla grzybków z hodowli 12-dniowéj. Przy tém uważano, że zwierzęta zaszczepione naprzód grzybkami hodowli 24 dniowéj, a następnie 12-dniowéj, były odporne i dla zupełnie świeżych grzybków.

Tym sposobem więc wynaleziono już metodę postępowania: należy szczepić zwierzęta naprzód grzybkami hodowanemi 24 dni w ciepłocie 42°; po ustąpieniu objawów, tém szczepieniem wywołanych (zwykle w 12 dniach), powtórnie szczepić grzybkami przez połowę tylko osłabionemi, bo z takiéj saméj hodowli, ale tylko 12 dni trwającéj.

Rozchodziło się teraz o wynalezienie sposobów hodowania grzybków w wielkiéj ilości i o ich przechowywanie. Grzybki hodowane w ciepłocie 42 do 43°C. zostają tylko 4—6 tygodni przy życiu. Jeżeli przed upływem tego czasu, w którykolwiek dzień, weźmie się kroplę z hodowli téj i da się do świeżego rosołu, stale ogrzewanego do 35°C., to grzybki się rozmnażają, i mają tę siłę, jaką posiadały grzybki w czasie wyjęcia z pierwotnéj hodowli, np. grzybki wyjęte z pierwotnéj hodowli w 12 dniu, i hodowane daléj w ciepłocie 35°C., będą posiadać nadal tę samą siłę, będą zabijać tylko połowę zaszczepionych zwierząt itp. Prócz tego ważném jest, że grzybki dłużéj niż 48 godzin drugorzędnie w 35°C. hodowane, wydają plemniki, które posiadają siłę grzybków macierzystych i dają się bardzo dobrze dłuższy czas przechowywać i przesyłać w rurkach zatopionych. Nitki grzybkowe otrzymane przy pierwotnéj hodowli nie dadzą się w rurkach zatopionych przechowywać, bo giną, gdy się im dostęp powietrza odetnie.

Otóż z grzybkami wyhodowanemi w ten sposób w Paryżu w pracowni Pasteura przybył Thuillier do Pesztu. Do pierwszego doświadczenia przeznaczył Rząd 10 sztuk bydła (6 dorosłych, 4 cielęta) i 60 sztuk owiec (30 merinosów). Ze wszystkich tych zaszczepiono połowę ochronnie, a potém wszystkie poddano zarazie śledzionowéj, aby porównać objawy, tym sposobem wywołane. Naturalnie w czasie całéj próby zwierzęta otrzymywały jednakową paszę i w jednaki sposób były hodowane. Szczepiono przez wstrzyknięcie w wewnętrzną stronę uda za pomocą strzykawki Pravaza

materyi zawierającéj plemniki grzybków przywiezionych z Paryża. Z owiec zaszczepionych po raz pierwszy jedna padła na zapalenie płuc nieżytowe. Szczepienie królików, jakotéż próby hodowli grzybków z krwi owcy padłéj, dały wyniki ujemne. Po 12 dniach, 29 pozostałych owiec, 2 cielęta i 3 dorosłe bydlęta zaszczepiono grzybkami z 12-dniowéj hodowli (*second vaccin*). Tak po pierwszém jak i po drugiém szczepieniu nie dostrzeżono żadnych wyraźnych objawów chorobowych, najdokładniejsze mierzenie ciepłoty wykazywało ciepłotę prawidłową. Z owiec drugi raz szczepionych padła jedna po 3ch dniach. Sekcyja wykazała przewlekłe zapalenie nieżytowe żołądka i kiszek. *Tympanitis*, częściowe obrzmienie śledziony, we krwi zaś *Baccillus anthracis*, kształtem odpowiadający bakteryjom materyi użytéj do szczepienia. Krew z téj owcy zaszczepiono dwom królikom, z których jeden zginął pośród objawów zarazy śledzionowéj, a w krwi jego wykazano *Baccillus anthracis*. Skoro i po drugiém szczepieniu minęło 12 dni, przystąpiono do szczepienia zarazą śledzionową wszystkich zwierząt.

Z 25 owiec ochronnie zaszczepionych padła w 7 dniu po szczepieniu dla kontroli jedna, w 19 dniu druga sztuka. Sekcyja wykazała w pierwszéj anemiję wysokiego stopnia i *Distomum hepaticum*; w drugiéj *Strongylus filaria*, z następowemi zmianami w płucach. Objawów wybitnych zarazy śledzionowéj nie było żadnych, ani u jednéj, ani u drugiéj. Z 30 owiec, nieszczepionych ochronnie, padło w ciągu 8 dni 23 sztuk, pośród wyraźnych objawów wąglika. Z bydląt, zaszczepionych dla kontroli, uważano tylko u cieląt nieszczepionych ochronnie, podniesienie ciepłoty do 41,7°C. Tak cielęta szczepione ochronnie jak i nieszczepione stare bydlęta nie okazywały po zarażeniu żadnych wybitnych objawów wąglika.

W Kapuvár (stolicy sopruńskiéj) ze 100 owiec doborowych zaszczepiono po dwakroć ochronnie 50 sztuk, 50 zaś nie. Ze szczepionych padło 5 na *Anthrax*, 1 na *Pericarditis*, która podówczas panowała w téj okolicy. Ze szczepienia dla kontroli wszystkich 100 sztuk otrzymano następujące wyniki. Z 44 ochronnie zaszczepionych, przy życiu pozostałych, 3 zachorowały na *Anthrax*, z tych jedna sztuka padła. Z 50 owiec nieszczepionych ochronnie padło w ciągu 5 dni 48 sztuk; dwie tylko zostały przy życiu. W trzeciém doświadczeniu, także w Kapuvár, zaszczepiono ochronnie połowę trzody, liczącéj 489 sztuk, poczém starano się całą trzodę narazić na samoistne zarażenie się. Ponieważ doświadczenie jeszcze nieskończone, bo zwierzęta się jeszcze nie zaraziły, nie można więc podać wyników.

Czwarte doświadczenie robiono na bydle, również w Kapuvár. Z 20 sztuk, z których 10 rasy węgierskiéj, 10 zaś mięszanéj, zaszczepiono 14, 6 zaś nie. Po upływie odpowiedniego czasu zarażono dla kontroli wszystkie 20 sztuk. Tak po szczepieniu ochronném u 14 sztuk, jak po szczepieniu dla kontroli tych samych 14 sztuk, nie dostrzeżono nic godnego wzmianki. Z nieszczepionych ochronnie 6 sztuk, 4 ciężko zachorowały, a z tych jedna padła z wąglika. Zestawiając razem doświadczenia dokonane w Kapuvár otrzymamy następujące wyniki. Z 317 owiec padło po szczepieniu ochronném 18 sztuk, t. j. 5,68% na anthrax, jedna (0,32%) z innéj choroby. Po szczepieniu dla kontroli z 44 owiec poprzód ochronnie zaszczepionych zachorowały 3 sztuki (6,8%) na anthrax, a z tych jedna (2,27%) zginęła. Z 50 owiec nieszczepionych ochronnie padło po szczepieniu dla kontroli 48 sztuk, tj. 96%. U bydła minęło pierwsze szczepienie bez widocznych objawów, drugie u jednéj sztuki (7,1%) wywołało lekkie zasłabnięcie. U zwierząt tych ochronnie szczepionych także i szczepienie kontrolujące wywołało tylko u jednéj sztuki (7,1%) lekkie zasłabnięcie, za to u nieszczepionych w 66,7% wystąpił wybitnie wąglik. W 16,7% wąglik był przyczyną śmierci.

Szczepienie wąglika jest nader ważną zdobyczą nauki. Jest to pierwszy krok na drodze, która nas może poprowadzi do szczepienia ochronnego i innych chorób zakaźnych, będących wedle wszelkiego prawdopodobieństwa, podobnie jak wąglik, natury epizootycznéj. Prócz tego szczepienie wyjaśnia nam w nader prosty sposób działanie ospy ochronnéj.

O wiele ważniejsze jednak znaczenie ma praktyczna wartość tego odkrycia w hygijenie i w ekonomii społecznéj. Z doświadczeń dokonanych w Peszcie i Kapuvár wynika, że z owiec szczepionych ochronnie po zarażeniu wąglikiem tylko 1,45%, z nieszczepionych zaś 93,3% zginęło z wąglika. Cyfry te już aż nadto wiele mówią za sobą.

W końcu trzeba zwrócić uwagę i na ujemne, a raczéj niezupełnie zadowalające, strony metody szczepienia, podanéj przez Pasteura. A mianowicie:

1. Część zwierząt ginie z wąglika już skutkiem szczepienia ochronnego.

2. Szczepienie ochronne przyśpiesza zejście śmiertelne skutkiem innych chorób, dotąd leniwo przebiegających. Z chorób bynajmniéj niegroźnych powstają teraz choroby częstokroć śmiertelne. Ze stanowiska praktycznego jest ostatecznie wszystko jedno, czy śmierć nastąpiła skutkiem wąglika, lub jakiéj innéj choroby, wywołanéj przez szczepienie. Jeżeli więc zliczymy wszystkie przypadki śmierci, jakie zaszły u zwierząt szczepionych, to otrzymamy następujące cyfry: ze zwierząt szczepionych ochronnie zginęło 14,5%, z nieszczepionych 94%.

3. A więc śmiertelności zwierząt szczepionych wcale nie może nazwać małą, bo wynosi 14,5%. Procent ten w dwóch próbach szczepienia był prawie zupełnie zgodny (14,78 i 14,27%), tak, że nie ma nadziei, aby po szczepieniu większéj ilości mógł się zmniejszyć. Z drugiéj strony 14,5 procentu śmiertelności w stosunku do procentu śmiertelności skutkiem wąglika, obrachowywanéj na rok na 60%, jest bardzo małą. W każdym więc razie szczepienie byłoby wielkiém ekonomiczném dobrodziejstwem.

4. Z owiec szczepionych w Kapuvár trzy sztuki zachorowały na wąglik skutkiem szczepienia kontrolującego. Jedna z tych trzech sztuk padła. A więc szczepienie nie zabezpiecza wszystkich szczepionych zwierząt. Wreszcie dotąd nie wiadomo, czy szczepienie zabezpieczy także przeciw samoistnemu powstawaniu choroby.

5. Zachodzi jeszcze jedna obawa ze względu na zdrowie publiczne. Pomijając, że jeszcze nie wiadomo, na jak długo szczepienie zapobiega zarazie śledzionowéj, to nasuwa się w każdym razie pytanie, czy przypadkiem wąglik ze zwierząt ochronnie zaszczepionych nie przenosi się na ludzi. Trzeba więc jeszcze rozstrzygnąć, w jaki czas po szczepieniu można bez obawy spożywać mięso zwierząt szczepionych.

6. Zwierzęta zaszczepione mają we krwi bardzo dużo grzybków wąglikowych. Ponieważ niektóre z nich giną, czy to z wąglika, czy z innych chorób, już w czasie okresu szczepienia, nie można więc wykluczyć możliwości, że grzybki z trupów uwolnione powrócą do pierwotnéj siły rozwojowéj, i że dadzą tym sposobem powód do nowych wybuchów zarazy śledzionowéj. Należy się tego tém więcéj obawiać, że

w obec opieszałości, z jaką częstokroć się postępuje ze zwłokami zwierząt istotnie zarażonych, można przypuścić, że ze zwierzętami po szczepieniu padłemi bynajmniéj staranniéj nie będą się obchodzić.

Komisyja wychodząc z tych zapatrywań, nie potępiając bynajmniéj metody szczepienia Pasteura, uważa, że stosowanie szczepienia na własną rękę jest jeszcze przedwczesném. Przedewszystkiém powinny się odbywać daléj próby tego szczepienia ochronnego pod kontrolą Rządu, a takowe za czas jakiś wydadzą świetne wyniki. Ścisłe postępowanie lekarsko-policyjne ze szczątkami zwierząt, padłych na zarazę śledzionową, wpłynie na teraz na zmniejszenie procentu śmiertelności skutkiem zarazy śledzionowéj. (*Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1882, Nr. 2). *Dr. Kopff.*

Prof. E. Hofmann (we Wiedniu): **O zmianach na szyi u powieszonych.**

(Dok. p. Nr. 53 z r. 1881).

Co się tyczy przedarcia mięśni u powieszonych, tłumaczenie Lessera w Berlinie i tu niedopisuje, zwłaszcza, że obrażeniom tym towarzyszy czasem znaczne nawet podbiegnięcie krwi. H. przypuszcza, że przedarcia mięśni bez wylania krwi u powieszonych wcale nie zdarzają się za życia, lecz po śmierci dopiero. Za życia bowiem mięśnie opierają się więcéj uciskowi i wyciąganiu i prędzéj ulegają uszkodzeniu ścięgna i kości, do których ostatnie się przyczepiają, aniżeli brzuśce mięśniowe, a ztąd się tłumaczy, że obrażenia mięśni u powieszonych zdarzają się tak rzadko; śród stężenia pośmiertnego atoli łatwo wywołać pęknięcie przez wyprostowanie członków stężałych, przyczém pęka zawsze brzusiec, a nigdy ścięgno. — Tak zw. zwyrodnienie woskowe, które Lesser spostrzegł na przedartych włóknach mięśniowych, jest także zmianą pośmiertną, i dlatego bez znaczenia.

Złamania kręgosłupa H. nikt nie widział u powieszonych. Lesser podaje, że widział w jednym przypadku u kobiety 61 lat liczącéj, samobójczyni, obok pęknięcia błony wewn. tętnicy szyjnéj prawéj, załamanie się pr. rogu k. gnykowéj, przedarcie 4téj chrząstki międzykręgowéj i złamanie nowoutworzonéj na okostnéj masy kostnéj na przodkowéj płaszczyźnie 3—6 kręgu. Istniała zatém kruchość kręgów szyjnych, — a H. zwraca nadto uwagę na rozrzedzenie istoty kostnéj w wieku schyłkowym, skutkiem czego ludzie starzy upadając narażeni są na złamanie kręgów szyjnych, a częściéj jeszcze powstaje złamanie pośmiertne w skutek niezgrabnéj manipulacyi z trupami ze strony posługaczy. Ostatni chcąc przepiłować czaszkę chwytają często trupa za żuchwę celem przesunięcia go ku sobie, aby głowa po za brzeg stołu sterczała. Przy téj sposobności powstawały złamania poprzeczne na największéj wypukłości kręgosłupa szyjnego z miernem broczeniem krwi z tkanki kostnéj a częściéj jeszcze oderwanie się chrząstek międzykręgowych, przyczém nie obeszło się i bez oddzielenia się od kręgów części korowéj. Z tego powodu u ludzi starych i śród wieszania się nastąpić mogą podobne zmiany, podczas gdy u ludzi młodszych zmiany te zapewne do nader rzadkich należą wyjątków.

W końcu H. zwraca uwagę, że u powieszonych znachodził kilkakrotnie wady wrodzone krtani, jak brak jednego rogu, jak również złamania rogów wygojone, a więc dawniejsze. (*W. med. Presse* 1882, Nr. 2 i 3). *L. Blumenstok.*

Wiadomości pomniejsze.

(?) Z pracy Nothnagla p. n. **Durst und Polydipsie**, *Virch. Arch.* T. 86, 3 podajemy następujące szczegóły: Uczucie głodu, pragnienia i braku powietrza powinny zdaniem autora być wykluczone z grupy „czucia ogólnego“ a zaliczone do osobnego działu „uczuć odżywczych“ (*Ernährungsgefühle*). Są one o tyle charakterystyczne, o ile stoją na straży utrzymania ustroju, oraz że przyczyna je wywołująca nie jest przyrody dodatniéj, lecz ujemnéj, t. j. pewien brak.

Że uczucie pragnienia nie tylko jest następstwem braku wody i wywołanego tym sposobem podrażnienia obwodowych końcówek nerwowych jamy ustnéj, podniebienia i połyku, lecz że uczucie to może także być przyrody ośrodkowéj, t. j. skutkiem podniecenia „ośrodka pragnienia“, dowodzi zdaniem Nothnagla następujący przypadek:

35-letni kamieniarz uderzony kopytem końskiém w lewą stronę brzucha, padł częścią potylicową na twardą podłogę. W $^1/_2$ godziny potém pojawiło się silne pragnienie, utrzymujące się w następnych trzech tygodniach w różném natężeniu. Ilość napoju w pierwszym dniu 12,300 cm., ilość moczu 10,000 cm. sz. cięż. gat. 1001, w drugim dniu 18,500 resp. 13,500 cm. sz. 1002. Mocz jasny, kwaśny. bez obcych domieszek, ilość mocznika nieco powiększona. W pierwszych dniach zwężenie źrenicy, ból w tylnéj części głowy i w karku. Skóra wilgotna, zazwyczaj obfitym potem pokryta. Chory nie gorączkuje. Nothnagel domyśla się „ośrodka pragnienia“ w rdzeniu przedłużonym lub w mostku. Gdyby opisany przypadek świadczył rzeczywiście o istnieniu pierwotnéj polydipsyi, w takim razie objawy téj ostatniéj różnią się od objawów zwykłéj moczówki (*diabetes insipidus*, pierwotna polyuria) w następujących względach: 1. Ilość moczu nie dosięga ilości użytych napojów; 2. perspiracyja nie jest upośledzona lecz wzmożona w miarę powiększonéj ilości spożytéj wody; 3. w miarę zmniejszenia ilości wody do picia zmniejsza się także ilość moczu, podobnie jak u zdrowego.

(?) Dr. Seeligmüller radzi wykreślić z patologii nazwę **chorea magna** a zaliczyć ją do hysteryi dziecięcéj. Za cechą hysteryczną téj choroby przemawia ból brzucha, przypad zwany owaryją, możebność wywołania niekiedy napadu przez uciskanie brzucha, postrzegane zjawisko przemieszczenia (*transfert*) oraz skłonność do przesady i udawania. Prócz postaci hysterycznéj można odróżnić chorea magna *symptomatica* (zależna od guzów mózgowych itp.) Hysteryję u dzieci dzieli Seeligmüller na 4 rodzaje: 1. hysteryja szałowa (*maniacalis*) odpowiadająca pląsawicy wielkiéj autorów; 2. hysteryja hypnotyczna, 3. h. padaczkowa (*epileptica*); 4. konwulsyjna (typowo występująca duszność, w jednym przypadku 200 oddechów w minucie). Autor poleca w leczeniu oblewanie zimną wodą. „Chlusnąć pełną szklanką wody w twarz, jak tylko zanosi się na napad“ ma być najlepszym środkiem. (*Tagebl. der Naturforscher vers. zu Salzburg*).

(?) **W nerwobólu kulszowym** poleca Leveboullet (*Union méd.* 1881 listop.), zwłaszcza gdy chory nie znosi morfinu: Rp. *Morph. muriat. 0.30, Atrop. sulf. 0,12, Aq. dest. 10,0 S.* Wstrzykiwać co 6 godzin po pół strzykawki.

(?) **Czaszka Emanuela Kanta.** Kupffer i Bessel podają wypadki pomiarów dokonanych w r. z. na czaszce Kanta. Ciężar czaszki o cienkich, miejscami przyświecających kościach, wynosi 650 grm., szwy bardzo regularnie rozwinięte, szew czołowy utrzymany, ślady szwu potylicowego poprzecznego. Poje-

mność czaszki 1740 cm. sześć. (Broca), gdy w ogóle tylko 2,5% czaszek niemieckich dosięga pojemności 1700 cm. sz., starobawarskich wedle Rankego 7%. Objętość pozioma wynosi 547, strzałkowa 378, poprzeczna 377 mm. Największa długość 182, największa szerokość 161, wysokość 130,5 mm., t. j. jeśli długość równa się 100, wykładnik szerokości wynosi 88,5, wykładnik wysokości 71,1. Czaszka Kanta należy do hyperbrachykephalos, ortokephalos i co do stosunku między szerokością a wysokością, platykephalos, przy têm nieco nieumiarowa. Charakterystyczną cechą czaszki Kanta jest jéj niezwyczajna szerokość obok średniéj długości i szerokości. Jednakże czoło, miernie wysokie i miernie wypukłe, nie jest bynajmniéj szerokiém (odległość guzów czołowych 60, najmniejsza odległość linij półkolistych 96 mm.), szerokość skroniowa stosunkowo znaczna, 133,5. W stosunku do wysokości ciała (nieco nad 5 stóp) pojemność tak znaczna czaszki każe wnosić, że mózg Kanta należał do wielkich „skutkiem silniejszego rozwoju części służących wyższym czynnościom psychicznym". (*Arch. f. Anthrop.* T. 23).

IV. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W Krakowie w tygodniu od 8—14 stycznia spadła ógólna śmiertelność z 35,1 na 25,2 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 1, (7 z. t.); z płonicy 1 (2 z. t.); z błonicy 1 (5 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.); z róży 2 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 5 przypadkach ospy, 4 płonicy, 3 błonicy, 1 odry, 12 duru osutkowego (11 z kryminału, 1 z ul. Grodzkiéj). W tygodniu od 18—24 grudnia ospa w Londynie wcale się nie zmieniła. Leczyło się w szpitalach 508, świeżo zapadło 86, umarło 29. W Wiedniu umarło z ospy 12, w Pradze 7, w Paryżu 9, w Petersburgu 5, w Warszawie 26, w Saragosie 8. Z duru osutkowego umarło w Londynie 3, w Petersburgu 9. Odra w Chrystyjanii złagodniała. Doniesiono o 393 świeżych przypadkach, umarło 26.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 18—24 grudnia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,9; we Lwowie 31,6; w Poznaniu 29,7; w Wiedniu 30,7; w Pradze 32,5; w Tryjeście 22,8; w Berlinie 25,5; w Wrocławiu 28,3; w Gdańsku 24,9; w Mnichowie 31,0; w Dreźnie 28,1; w Lipsku 23,3; w Bazylei 25,1; w Brukseli 22,5; w Amsterdamie 23,4; w Hadze 24,3; w Paryżu 27,0; w Londynie 22,5; w Kopenhadze 19,9; w Stokholmie 23,2; w Chrystyjanii 28,1; w Petersburgu 43,8; w Odesie 33,0; w Wenecyi 25,5; w Bukareszcie 28,1; w Lizbonie 26,6; w Aleksandryi 36,3; w Nowym Yorku 29,3; w Filadelfii 20,1; w Bombaju 26,9; w Madrasie 35,5. *J. B.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 19 stycznia. Dyrektor zakładu obłąkanych w Wiedniu, prof. Schlager, ogłosił w pierwszych 3ch numerach *W. allg. med. Ztg.* artykuł „o znaczeniu katastrofy wiedeńskiéj pod względem psychiatrycznym", który może więcéj zdziała szkody niż przyniesie korzyści, o ile autor dowodzi w nim na podstawie swego doświadczenia, że spodziewać się należy niejednego przypadku obłąkania nietylko u ludzi, którzy szczęśliwie uszli z palącego się teatru, ale nawet u ich krewnych, którzy również doznali silnego wstrząśnienia umysłowego, choć nie znajdowali się w teatrze śród katastrofy. Być może, że się ziści smutna przepowiednia psychijatry. ale czy ogłoszenie artykułu, zwłaszcza felietonowego, było na czasie, to inne pytanie. Wiemy, że u wielu osób w Wiedniu od chwili owego przerażającego nieszczęścia i pod wpływem okropnych scen późniejszych nastąpiło rozdrażnienie umysłowe i utrzymuje się po części dotąd, nawet u takich, których klęska ani bezpośrednio ani pośrednio nie dotknęła. Dla ludzi tych podobny horoskop, stawiany na podstawie wieloletniego doświadczenia, jest niebezpieczną trucizną umysłową. Artykuł sam zaleca się chyba pod względem stylistycznym, trąci jednak przesadą a pod względem naukowym żadnéj prawie niema wartości. Jedynie praktyczną może jest rada autora, aby z funduszu zebranego dla ofiar katastrofy przechowano jakąś cząstkę i dla kandydatów na ofiary, a rada ta skłoniła nas do uczynienia wzmianki o artykule Schlagera, zwłaszcza gdy wskazówka ta może być przydatną i dla Warszawy.

* **Praga czeska**. Spolek lek. česk. wybrał na rok bieżący prezesem prof. Eiselta, wiceprezesem Dra Schoebla, do wydziału Drów Erpeka, Maixnera, Schwinga i Zita. D. 1 lutego rb. Spolek podejmie wieczerzą składkową w hotelu saskim w Pradze proff. Eiselta i Weissa, z powodu mianowania ich profesorami zwyczajnymi. (Časop. lek. česk.)

* **Austryja**. Fizykiem m. Wiednia mianowany został Dr. Kammerer, a fizykiem m. Pragi Dr. Pelc.

* **Niemcy**. Prof. Henle w Gietyndze i prof. Bischoff w Monachijum niezadługo obchodzić będą jubileusz doktorski 50-letni, pierwszy w kwietniu, a ostatni w miesiącu bieżącym.

* **Paryż**. Dekretem z d. 2 bm. ustanowioną została nowa katedra i klinika chorób nerwowych, a kierownikiem jéj mianowany Charcot, dotychczasowy prof. anatomii patolog.

* **Nekrologija**. D. 13 bm. umarł we Lwowie, po kilkumiesięcznéj chorobie, Dr. medycyny Szymon Syrski, profesor zw. zoologii w Wydziale filozoficznym Uniw. lwowskiego, kawaler orderu Franciszka Józefa, itd., w 52 roku życia. Dr. Syrski odbywał nauki w Krakowie, a potém we Wiedniu i Paryżu, poczém otrzymał posadę kustosza muzeum morskiego w Tryjeście; w r. 1868—1870 brał udział w wyprawie naukowéj do Azyi wschodniéj, podczas wystawy w r. 1873 urządził Aquarium we Wiedniu, a w r. 1875 mianowany został profesorem we Lwowie. Napisał kilka rozpraw treści zoologicznéj po włosku i niemiecku.

W Kaliszu umarł z suchót płucnych Dr. Kazimierz Mieszczański w 40 roku życia. (*Gaz. Lek.*)

Zmarły niedawno słynny psychijatryk Brièrre de Boismont był założycielem *Annales medicopsychilogiques* i oficerem polskiego krzyża zasługi „Virtuti militari" z powodu badania cholery w Polsce w r. 1831.

W ostatniéj chwili dowiadujemy się o śmierci sławnego badacza, tyle zasłużonego koło uzasadnienia teoryi komórkowéj Dra Teodora Schwanna, profesora fizyjologii w belgijskim uniwersytecie w Leodyjum. Umarł on d. 11 b. m. w Kolonii w 71 roku życia po 14-dniowéj chorobie.

◁ **Konkurs**. Komitet międzynarodowy genewski Krzyża czerwonego ogłosił konkurs na trzy rozprawy dopełniające się nawzajem. O improwizowaniu (wynajdywaniu) środków ku pomocy rannym i chorym (*L'art d'improviser des moyens de secours pour blessés et malades*). Pierwsza rozprawa ma być o środkach leczniczych, druga o improwizowaniu (wynajdywaniu na prędce) środków przenoszenia i przewożenia (*moyens de transport*), trzecia o improwizowaniu ambulansów i szpitali polowych. — W rozprawach tych ma być mowa o samém tylko wynajdywaniu na prędce, bez materyjałów mających być naprzód w pogotowiu, i rzecz ma być opartą, ile możności, na doświadczeniu osobistém. Rozprawy napisane po francusku, po niemiecku lub po angielsku w rękopismach niewydanych, mają być nadesłane do konkursu przed 1 kwietnia 1883 r. pod adresem Komitetu *rue de l'Athénée 8. Genève* z wiadomemi dewizami na kopercie zapieczętowanéj i rozprawie. Nagroda za każdą rozprawę jest 2.000 franków i accessit 500 fr. (*Gazette hébdomad.* 1882, Nr. 2). *J. K.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 2: Jeleńskiego: Pogląd krytyczny na skuteczne leczenie tyfusu brzusznego jodkiem potasu; Huzarskiego: Spostrzeżenia nad działaniem jodoformu w niektórych chorobach kobiecych. — W *Przewodniku gimnast.* Nr. 1: Jarnatowskiego: Praca zawodowa i ćwiczenia cielesne (c. d.)

Redakcyja otrzymała:

Dr. F. L. NEUGEBAUER (w Warszawie): Zur Entwickelungsgeschichte des spondylolisthetischen Beckens u. seiner Diagnose. Casuistisch- Kritische Monographie. Halle u. Dorpat 1882, in 8vo str. 294 z 97 drzeworytami w teksçie i 1 tabl. ichnograficzną.

Dr. J. MAIR: Gerichtlich-medicinische Casuistik der Körperverletzungen u. Tödtungen durch mech. phys. Gewalt. Ingolstadt 1881, in 8vo str. 227.

Piśmiennictwo lekarskie. ABADIE Ch. Leçons de clinique ophthalmol. 8. Paris, Doin. Fr. 7.

ALBERT E. Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre. Mit zahlreichen Holzschn. 2 Aufl. 4—10 Hft. gr. 8. Wien, Urban et Schwarzenberg. à M. 1.

ARCHIVES de neurologie. Revue trimest. publ. sous la direct. de J. M. Charcot. 1 annèe. No 1 av. 4 pl. 8. Paris, Bureaux du Progrès méd. Abonn. un an Fr. 18.

AUFFRET Ch. Manuel de dissection des régions et des nerfs Av. 59 fig. 18 Paris, Doin Fr. 7.

BEAUNIS H. Nouveaux éléments de physiologie humaine. 2 édition. 3 partie. gr. 8. Paris, Baillière et fils. l'ouvr. compl., 2 vls. cart. Fr. 25.

BERNHARDT M. Beiträge zur Symptomatologie und Diagnosis der Hirngeschwülste. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 8.

BILLROTH Th. Die Krankenpflege i. Hause u. i. Hospitale. 8. Wien, Gerold's Sohn. geb. M. 7.

BOURNEVILLE u. P. REGUARD. Iconographie photographique de la Salpêtrière T. 2. av. 39 pl. 4 Paris, Delahaye et Co. Fr. 20.

ALBERT E. Lehrbuch der Chirurgie und operationslehre. Mit zahlreichen Holzschn. 2 Aufl. 13—16 Hft. gr. 8. Wien, Urban et Schwarzenberg. à M. 1.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 28 stycznia 1882. № 4. Rok XXI.

I. O oznaczaniu dolnéj granicy żołądka.

(Rzecz wykonana w klinice lek. tudzież w zakładzie anat. patolog. Uniw. Jagiell.)

Napisał Dr. Stanisław Ponikło
Docent Uniw. Jagiell. Asystent kliniki lek.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 3).

Doświadczenia. A) Na zwłokach.

D. 1) J. T., l. 64. Pleuropneumonia dextra. Wprowadziłem zgłębnik żołądkowy i przez takowy wpompowałem w ułożeniu zwłok siedzącém 2000 cm. płynu. (Zgłębnik tylko lekko podwiązałem około ścian przełyku, aby powietrze wypierane płynem z jamy żołądka około zgłębnika na zewnątrz uchodzić mogło). Otrzymałem przy opukiwaniu odgłos wypukowy stłumiony w granicach oznaczonych w przybliżeniu na fig. 1.

Fig. 1.



Jan Tora, l. 64 — *Pleuropneumonia dextra*.
ab poziom płynu,
cd dolna granica stłumienia od płynu (2000 cm.),
ef „ „ „ „ „ (2500 cm.),
gh „ „ „ „ „ (3000 cm.).

Poziom takowego *ab* wychodził z pod dolnego brzegu wątroby nieco poza liniją przymostkową prawą i dotykał bieżąc linii pozioméj w linii sutkowéj lewéj dolnego brzegu chrząstki żebra 8go w najniższym jéj punkcie. Dolna granica stłumienia *cd* przebiegała w LPMpr.

8 cm. + p. pępka
w LPMl 3 cm. + p. pępka
w LSt 4 cm. + p. pępka.

Po wpompowaniu dalszych 500·00 płynu granica dolna obniżyła się nieco więcéj niż o 1 cm., również po wpompowaniu dalszych 500·00 płynu (razem 3000 płynu).

Dolny koniec zgłębnika dał się wymacać po wpompowaniu 2000·00 płynu na 2 cm. na lewo od linii sutkowéj lewéj, na 2 cm. wyżéj poziomu pępka. Po ułożeniu zwłok na grzbiecie stłumienie w zupełności ustąpiło a wystąpił natomiast odgłos jawny bębenkowy. (Dwunastnica w tym przypadku podwiązaną nie była).

D. 2. W. K., l. 31. Przez same opukiwanie dolnéj granicy oznaczyć nie można. Wpompowano 500·00 płynu i ustawiono zwłoki w pozycyi pionowéj. Powstał wąski (na 2 — 3 cm.) pas stłumienia, którego dolna granica przebiegała w linii środkowéj w połowie odstępu wyrostka mieczykowatego od pępka, w linii sutkowéj lewéj o 1 cm. niżéj. Po wpompowaniu dalszych 500 cm. płynu granica dolna obniżyła się nieco (mniéj niż o 1 cm.). Na tychże samych zwłokach doświadczano metody badania płynu Rosenbacha, o czém poniżéj.

D. 3. Dziewczyna 10 letnia. Zapomocą perkusyi granic żołądka oznaczyć nie można. Po podwiązaniu dwunastnicy wpompowano 1 litr płynu i ustawiono zwłoki w pozycyi siedzącéj (utrzymywane przez posługaczy w téj pozycyi). Wykazano stłumienie, którego dolna granica znachodziła się na 6 cm. wyżéj pępka w linii środkowéj. Po wpompowaniu dalszych 500·00 płynu granica dolna stłumienia była ustawiona na 3 cm. wyżéj pępka, obniżyła się zatém o 2 cm. Poniżéj odgłos wypukowy jawny, bębenkowy wysoki.

Doświadczenia. B) Na chorych.

D. 1. A. M., l. 47. Przez opukiwanie bezpośrednio żołądek oznaczyć się nie da. Przy położeniu na wznak jakotéż w pozycyi stojącéj otrzymujemy wszędzie odgłos wypukowy jawny bębenkowy prawie jednakowéj wysokości. Po wypiciu 300·00 płynu wykazać można w pozycyi siedzącéj, stłumienie, którego dolna granica znachodzi się w linii środkowéj na 7 cm. wyżéj poziomu pępka, w linii przymostkowéj lewéj na 5 cm., w linii sutkowéj i pachowéj na 4 cm. wyżéj pępka.

D. 2. J. S., l. 28. *Diabetes mellitus. Dilatatio ventriculi* Po wypiciu 300·00 płynu daje się z łatwością wykazać stłumienie w linii przymostkowéj lewéj i sutkowéj lewéj na 5·5 cm. niżéj poziomu pępka, poziom płynu na 2·5 cm. niżéj pępka; poniżéj stłumienia odgłos wypukowy bębenkowy wysoki. W położeniu kolankowo-łokciowém wystąpiło stłumienie od linii sutkowéj prawéj aż do pachowéj przedniéj lewéj, przechodzące mniéj więcéj poziomo 3 cm. wyżéj pępka Założono zgłębnik Nr. 12, który wszedł z łatwością na 47 cm. od zębów; dolnego końca takowego jednak z powodu znacznego napięcia powłok brzusznych wymacać nie można. Długość zgłębnika założonego zgadza się w przybliżeniu z granicą stłumienia od płynu (osobna bardzo niskiego wzrostu).

D. 3. J. K., kobieta, l. 40. *Catarrhus ventriculi chronicus.* Okolica dołka podsercowego nieco wypuklona. Wyraźne pluskanie płynu w żołądku przy potrząsaniu. W pozycyi siedzącéj otrzymujemy stłumienie odgłosu wypukowego od płynu w granicach następujących: dolna granica stłumienia

LPMpr = 1 cm. + p. pępka
w Lsr = ± 0 p. pępka
LStl = ± 0 p. pępka
LPr = 1 cm. + p. pępka.

Poziom płynu na 4 cm. wyżéj. Poniżéj odgłos wypukowy bębenkowy, wysoki.

Po wypiciu 300·00 płynu dolna granica obniżyła się o niespełna $1\frac{1}{2}$ cm.

D. 4. E. K., l. 48. *Catarrhus ventriculi chronicus. Dilatatio ventriculi.* Przy perkusyi bezpośrednio wykonanéj w pozycyi na wznak tylko bardzo niewyraźne różnice wysokości. W pozycyi stojącéj (wyraźne pluskanie przy potrząsaniu) wybadano zakres stłumienia w granicach następujących:

Poziom górny płynu: LSr = ± 0 pępek
LPMl = 1 cm. + p. pępka
LStl = 3 cm. + p. pępka
Granica dolna płynu w LSr = 8 cm. — p. pępka
LPMl = 6 cm. — p. pępka
LSt = } 5 cm. — p. pępka.
LPp = }

Powyżéj stłumienia odgłos bardzo wyraźny bębenkowy niski z podźwiękiem metalicznym.

D. 5. J. G., l. 18. *Hysteria.* Próżny żołądek przez perkusyję oznaczyć się nie da. Ponieważ chorą z powodu skurczu przełyku sztucznie karmiono, badanie po wpompowaniu 1500 cm. sześć. wykazało stłumienie od płynu w granicach następujących

Poziom płynu w LSr 4 cm. + p. pępka
LPMl 3·5 cm. + p. pępka
LStl 3·5 cm. + p. pępka
LPp 5 cm. + p. pępka.

Dolna granica w LSr = 3·5 cm. — p. pępka
LPMl = 0·5 cm. — p. pępka
LStl = 0·5 cm. — p. pępka.
LPp = ± 0 p. pępka.

D. 6. H. S., l. 19, zdrowa. Po wypiciu 750·00 płynu wybadano stłumienie pochodzące od płynu na 3 cm. szerokie w granicach następujących: LSr = połowa odstępu wyrostka mieczykowatego od pępka. LPMl i LStl o 2 cm. wyżéj; LPp = poziom łuku żebrowego w najniższym tegoż punkcie (dolna granica). Przy położeniu na wznak w tymże zakresie występował odgłos wypukowy jawny.

D. 7. A. G., l. 71. *Emphysema pulmonum. Catarrhus ventriculi chronicus.* Przy pozycyi na wznak przez opukiwanie

Fig. 2.



A. Giiselli, l. 71 — *Dilatatio ventriculi. Insufficientia muscularis ventriculi.*

ab poziom płynu (500 cm.),
cd dolna granica stłumienia od płynu (500 cm.),
ce „ „ „ „ „ (1000 cm.).
bdehi zakres stłumienia przy pozycyi na bok lewy,
acgf zakres stłumienia przy położeniu na boku prawym.

bezpośrednie nie można oznaczyć granic żołądka. Wprawdzie otrzymujemy w różnych miejscach brzucha odgłos wypukowy różnéj wysokości, jednak w granicach bardzo nieregularnych i w czasie badania zmieniających się. Chory wypił od razu 500·00 płynu, poczém wystąpiło w pozycyi siedzącéj stłumienie odgłosu wypukowego (od płynu) w następujących granicach: Poziom płynu przedstawiający mniéj więcéj linię poziomą znachodzi się w linii

LPMl = 3 cm. + p. pępka
w LSls = 4 cm. + p. pępka.
Dolna granica stłumienia w LPMl 3 cm. — p. pępka
w LStl 3 cm. — p. pępka
w LPp 2 cm. — p. pępka.

Następnie chory wypił dalsze 500·00 płynu, zatém razem 1000·00 płynu. Dolna granica obniżyła się o 3·5 cm., poziom płynu pozostał niezmieniony. Przy pozycyi na boku lewym poziom płynu (stłumienia) przebiegał w linii środkowéj, przy położeniu zaś na boku prawym w linii pozioméj na 2 cm. na lewo od linii środkowéj. Przy położeniu na wznak wszędzie odgłos jawny, bębenkowy. Na podstawie podanych wyników badania rozpoznano rozszerzenie żołądka znacznego stopnia, (prawidłowy żołądek nawet po wypełnieniu bardzo znaczną ilością płynu nie obniży dolnéj swéj granicy poniżéj poziomu pępka).

Nadto dodanie dalszych 500·00 płynu nie podniosło w tym przypadku poziomu płynu, tylko w y ł ą c z n i e o b n i ż y ł o d o l n ą g r a n i c ę.

Zestawienie doświadczeń: Tak doświadczenia na zwłokach jak na żyjących pouczają nas, iż żołądek wypełniony naturalnie lub sztucznie nieco znaczniejszą ilością płynu można wybadać za pomocą perkusyi; w doświadczeniach odnośnych na zwłokach sekcyja potwierdziła każdorazowo w zupełności wynik badania. Badanie to jednak nie da się w każdym przypadku wygodnie zastósować: nieco grubsze powłoki brzuszne, podściółka tłuszczowa obfita, napięcie mięśni brzusznych przy pozycyi stojącéj utrudniają wielce badanie lub dają wyniki względne. Dla tego należy chorego badać w kilku pozycyjach i kontrolować w ten sposób wyniki badania wzajemnie. Powyższe i wiele innych doświadczeń w tym kierunku czynionych przy sposobności wypłukiwania żołądka w przypadkach „rozszerzenia“, potwierdzają zdanie Penzoldta, iż poziom pępka jest najniższą dolną granicą żołądka prawidłowego nawet po wlaniu do takowego znacznych ilości płynu: w przypadkach, gdzie dolna granica leży niżéj od poziomu pępka, żołądek należy uważać za „rozszerzony“.

Przypadek 7 jest pięknym przykładem „rozszerzenia żołądka“. Do przypadku tego odwołam się jeszcze późniéj ze względu na towarzyszącą „rozszerzeniu“ niedomogę mięśniową.

Wnioski: 1) Badanie dolnéj granicy żołądka przez wlewanie płynu jest dość pewną metodą badania rozmiarów żołądka.

2) Najkorzystniéj badać chorego w pozycyi siedzącéj.

3) Poziom pępka stanowi najniższą granicę żołądka prawidłowych rozmiarów.

4) Stłumienia od płynu należy szukać po stronie lewéj, rzadko tylko przekracza ono znaczniéj liniję środkową ciała na prawo.

5) Sposób ten badania uważałbym za pewniejszy od metody wydymania żołądka kwasem węglowym. (C. d. n.)

II. Oceny i sprawozdania.

Gerhardt: **Handbuch der Kinderkrankheiten**. Tybinga 1881. Nowe wydanie poszytowe drugiego znacznie pomnożonego nakładu. Zeszyt 2gi in 8vo str. 337.

Fizyjologija wieku dziecięcego dokończona w niniejszym zeszycie, a rozpoczęta w zeszycie 1szym (p. Nr. 51 Przegl. Lek. z r. 1881), opatrzona 13 tablicami i 125 tabelami, zajmuje się na wstępie podziałem wieku dziecięcego na okresy mające racyjonalną podstawę, ogólnemi własnościami ustroju dziecięcego, snem i zachowaniem się dziecka podczas takowego, przyczém głównie podnosi badania Rosenbacha tyczące się zachowania się dziecka śpiącego względem bodźców zewnętrznych. Obznajamia nas daléj ze sprawą zrośnięcia i jéj prawidłami, przyczém przekonywającemi są tablice zestawione przez Loreya, Queteleta, Bowditcha i Liharzika, z różnicami krwi dzieci i dorosłych tak co się tyczy składników chemicznych jak i morfologicznych, z krążeniem, z którego rozdziału podnieść wypada ustępy o przejściu krwi łożyskowéj do systemu naczyniowego noworodka i o szmerach naczyniowych, mianowicie śródczaszkowych, z trawieniem i cbłonieniem, z któréj to części ważnym znów jest ustęp o czynnościach mechanicznych narządów trawienia: mianowicie co się tyczy mechanizmu ssania odrzuca autor tłumaczenie Robina, Magitota i Allixa jakotéż innych, jakoby gęba przedstawiała ściany pompy ssącéj a język tłok w takowéj się posuwający i rozcieńczający powietrze, i dowodzi, że rozcieńczenie powietrza w gębie i następowa aspiracyja mleka z piersi polega na obniżaniu się szczęki dolnéj, gdyż język obejmuje sutek od dołu stanowiąc tylko rynienkę. W części dotyczącéj czynności oddychania spotykamy się z ustępem o pierwszym ruchu oddechowym. Co do przyczyny wywołującéj takowy zgadza się autor ze zdaniem, iż zniesienie wymiany łożyskowéj gazów z następującém zubożeniem krwi w tlen a wzmożeniem się w kwas węglowy sprawia podrażnienie ośrodków oddechowych w rdzeniu przedłużonym, przy czém jednak wpływu odruchom skórnym nie odmawia, nie są one atoli przyczyną główną. Co do faktu, iż po podniesieniu się żeber przy pierwszym wdechu takowe do pierwszego położenia więcéj nie wracają, nie daje stanowczego tłumaczenia, lecz przypomina tylko teoryję Bernsteina o urządzeniu stawów kręgowo żebrowych. Co się tyczy czynności skóry i wydzielania moczu uwzględnia autor bardzo staranne badania Camuseresa i Crusego, stwierdza okoliczność, iż mocz osesków ubogi jest w kwas fosforowy a obfituje w siarkany; co się tyczy ciepłoty dziecka i wpływów na takową uwzględnia wyniki doświadczeń Jürgensena i Demmego, zgadza się z twierdzeniem, iż ciepłota matki niższą jest od ciepłoty noworodka tuż po urodzeniu, przytacza zajmujące spostrzeżenia Demmego, iż we śnie lub podczas pobytu w miejscu ciemném ciepłota się obniża, podczas krzyku o kilka dziesiętnych stopnia podnosi. W dalszéj części znajdujemy ważne prawidło tyczące się ogólnéj wymiany pierwiastków, w ustępach obejmujących czynności układu nerwowego i mięśniowego wyczerpujące uwzględnienie fizyjologii chodu z bardzo ciekawemi doświadczeniami H. Vierordta, a wreszcie w części poświęconéj czynnościom zmysłów i duszy nadzwyczaj trafne spostrzeżenia co do rozwoju psychicznego, co do afektów, popędu do naśladowania i co do przyswajania mowy.

Pielęgnowanie i odżywienie dziecka, skreślone z wielkim humorem przez prof. Jacobiego z Nowego Yorku, zawiera wszystko, co tylko dotychczas na polu dyjetetyki dziecięcéj omówionem zostało, opiera się li tylko na ścisłych podstawach fizyjologicznych występując śmiało przeciw doktrynom czy to uświęconym długoletnią tradycyją lub téż popartym przez powagi w dziedzinie pedyjatryi a jednakże mylnym. Po uwzględnieniu najrozmaitszych, a często i najdziwaczniejszych, zdań obcych wyjawia zazwyczaj zapatrywania swoje w odnośnych kwestyjach, a czyni to tak jasno, zrozumiale i przekonywająco, iż ustępy odnośne z wielką łatwością a jeszcze większą korzyścią mogłyby być i przez laików, a zwłaszcza przez matki, czytane, a nie wątpię, że i zrozumiane. Wyniki z badań i obserwacyj zbiera w końcu w sposobie aforyzmów, z których tu niektóre podaję:

Obok nędzy, nieświadomości, zbrodni i zaniedbania karmienia, należy do najgłówniejszych przyczyn tak wygórowanéj śmiertelności dzieci, także i brak odpowiedniego rozumnego pielęgnowania dziecka i zawczesne lub nieodpowiednie karmienie sztuczne. Ponieważ 40—60% wszystkich przypadków śmierci u dzieci niżéj roku jest wynikiem chorób przewodu pokarmowego, to i dyjetetyka dziecka jest głównie dyjetyką narządów trawienia. Nadto zagrażają noworodkowi i niebezpieczeństwa ze strony oddechania jak i krążenia, które to czynności prędko wyrównać się muszą. Co dla płodów zawcześnie urodzonych zdziałać można, tego dowodzą liczne, a nader zajmujące, przypadki, zebrane przez Ahlfelda.

Co się tyczy prędszego czy późniejszego podwiązania pępowiny to w pojedyńczych przypadkach różne są wskazania, za regułę uważa podwiązanie pępowiny wtedy, skoro dziecko już kilka razy mocno zakrzyczało. Kąpiele stosowane winny być ciepłe, zmywania zimne można dopiero po miesiącach rozpocząć. Najodpowiedniejszą ciepłotą jest 34° C. w pierwszych miesiącach, a później niższa, aż do roku 2go nie powinna być niższą od 24°. Z wyjątkiem głowy należy dziecko ciepło trzymać. Powojniki należy raz stanowczo usunąć. Dzieci ciężkie mniéj tracą na wadze w pierwszych dniach po urodzeniu, niż lekkie, i prędzéj ich przybywa. Karmienie mlekiem krowiém zwalnia przybywanie na ciężarze, przybywanie to jest najwyraźniejszém i największém, jeżeli natychmiast karmi się dziecko piersią matki. Koło 8go do 10go miesiąca wypada dziecko odstawić; jeżeli pokazują się oznaki krzywicy, odłączenie od piersi jeszcze wcześniéj nastąpić powinno. Mamki najlepiéj zostawić przy tém pożywieniu, przy którém dawniéj najlepiéj się miały, z dodatkiem jednak miernéj ilości istot białkowatych i znacznych ilości napoju. Galactagoga wartości nie mają. Galwanizowanie piersi zwiększa czasem wydzielanie mleka. Mleko krowie nie okazuje stale jednéj reakcyi. Najlepiéj nie używać mleka jednéj krowy, lecz mleka zmięszanego z krow jednéj stajni ewentualnie mleczarni. Mleko ma zawsze być gotowaném i rozwodnioném. Rozwodnienie zwiększa strawność sernika, i przyczynia się do większéj sekrecyi pepsyny. Mleko musi nadto otrzymać pewną poprawkę co do soli kuchennéj. Pożywka Biederta nie okazała się tak doskonałą, za jaką ją poczytano. W ogóle jest on przeciwny używaniu fabrykatów mleka zgęszczonego itd., gdyż nie można nigdy liczyć na dobroć i tożsamość takowego. Jeżeli się noworodkom podaje istoty skrobiowate, co właściwie jest błędném, to winno się je przynajmniéj podawać w małych bardzo ilościach i gotowane. Surogaty kupne mleka są nieodpowiednie i celu swego nie dopełniają. Z pożywek mącznych zaleca mąkę jęczmienną i owsianą; ta ostatnia ma własności lekko rozwalniające. Dodatek gumy arabskiéj lub żelatyny do mleka służy nie tylko do dokładnego rozdzielenia części mleka, lecz także wprost do odżywienia. W dni gorące wskazanym jest dodatek małéj ilości alkoholu. Pokarm winny dzieci dostawać we flaszeczce, gdyż w skutek czynności ssania pobudzone zostają ruchy robaczkowe jelit.

W podobny sposób przechodzi autor wszystkie pytania tyczące się odżywienia i pielęgnowania, tłumacząc je i opierając na doświadczeniach fizyjologicznych i na długoletnich doświadczeniach, o czém bardzo zajmujące napotyka się ustępy. W końcu poświęca Jacobi dwa ustępy pielęgnowaniu zębów jakotéż uprawianiu zmysłów i umysłu, do których chcących o tém bliższe mieć wiadomości niniejszém odsyłam.

Ponieważ z terapii ogółowéj dopiero część się ukazała wstrzymuję się z podaniem o niéj wiadomości aż do ukończenia w następnym poszycie. *tt.*

P. Myrdacz: **Sanitäts-Geschichte und Statistik der Occupation Bosniens und der Hercegowina im Jahre 1878.** Wien, und Leipzig. Urban und Schwarzenberg, 1882, XII i 420 stron, w 8ce.

Dzieła wojenno-lekarskie mało nas dotąd co prawda zajmowały, nie mieliśmy bowiem powodu bliżéj w nich się rozczytywać; choć z drugiéj strony nie wieleby się znalazło pod tym względem zaległości. Po większéj części spotykaliśmy się z częściowemi sprawozdaniami i to przeważnie napisanemi przez lekarzy cywilnych, którzy jako ochotnicy w téj lub owéj wojnie brali czynny udział.

Niniejsze dzieło stanowi korzystny wyjątek. Autor zabrał się z całą sumiennością i gorliwością do przejrzenia urzędowo-lekarskich zapisków, dotyczących zajęcia Bośnii i Hercegowiny przez wojska austryjackie; a jeżeli można tu mówić o jakich niedokładnościach, to winy nie ponosi już autor, lecz owe urzędowe sprawozdania, a raczéj wyjątkowe stosunki, w jakich one były sporządzane. Naturalnie że dziełko to nie może iść w porównanie z ogólnie znaną pracą amerykańską Otisa, przeciw czemu już sam autor w przedmowie się zastrzega, w każdym razie stanowi ono zaokrągloną całość i może bardzo dobrze pouczyć o trudach i mozołach, jakotéż i przeciwieństwach, z jakiemi musiała walczyć sama armija, a znów w szczególności, na jakie byli narażeni lekarze wojskowi w niéj służący.

Nie jesteśmy kompetentni jako niefachowi do rozbioru krytycznego tego ściśle wojenno-lekarskiego dzieła, tyle tylko nadmienimy, że z przyjemnością przeczytaliśmy książkę tę i polecamy ją bardzo gorąco osobliwie wszystkim tym kolegom, którzy, obowiązani do służby wojskowéj, w obec zbierających się chmur na południowo-wschodnim widokręgu wkrótce mogą się znaleźć w położeniu korzystania z cennych uwag nagromadzonych w omawianém dziełku. *α.*

Prof. Bizzozero (w Turynie): **O nowéj części składowéj krwi zwierząt ssących i jéj znaczeniu pod względem sprawy zakrzepowéj i krzepnienia w ogóle.**

Badając obieg krwi w małych naczyniach śródjelicia u królików lub świnek morskich poprzednio za pomocą chloralu znieczulonych spostrzegł B., obok ciałek czerwonych i bezbarwnych krążące ciałka od tamtych odmienne. Są to bardzo blade, bezbarwne, owalne lub okrągłe, krążkowate lub soczewkowate płytki, o średnicy 2—3 razy mniejszéj od średnicy ciałek czerwonych, a pomiędzy niemi rozsiane i krążące. Że liczni badacze krwi krążącéj dotychczas tych ciałek nie widzieli, pochodzi ztąd, że one są bezbarwne i przeźroczyste, że ilość ich jest bardzo mała w porównaniu z ciałkami czerwonemi, że są mniéj widoczne od ciałek białych i że u zwierząt ssących bezpośrednie spostrzeganie obiegu krwi w małych naczyniach połączone jest z trudnościami. Płytki w mowie będące są widocznemi i we krwi świeżo wypuszczonéj; skupiają one się koło ciałek bezbarwnych lub wznoszą się do wierzchnich warstw płynu przylegając do szkiełka pokrywkowego. Zmieniając się szybko nabierają wejrzenia ziarnistego i przedstawiają owe kupki ziarenek, o których wspominają histologowie. Postać ich można zachować bez zmiany za pomocą odpowiednich odczynników; najlepszym jest obojętny roztwór soli kuchennéj, zabarwiony fijołkiem metylowym, który zachowuje i ciałka krwi czerwone oraz bezbarwne. We krwi ludzkiéj płytki bardzo prędko się zmieniają, dlatego w celu badania ich postępuje się w ten sposób, że po ukłóciu palca rankę pomazuje się kroplą wspomnionego rozczynu, przez ucisk na palec wywarty wydobywa się kroplę krwi, która bezpośrednio styka i mięsza się z rozczynem i służy do badania. Płytek jednak najpiękniejszych dostarcza krew świnek morskich.

Jakkolwiek dotychczas B. nic pewnego nie umie podać o pochodzeniu płytek, wyklucza jednak powstawanie ich

z rozpadu ciałek bezbarwnych; płytki bowiem mają postać typową a w treści ciałek bezbarwnych nie znachodzi się żaden składnik do nich podobny.

Porównanie krwi krążącéj z wypuszczoną rozwiązuje otwartą dotąd kwestyję odnoszącą się do t. zw. kupek ziarenkowych krwi, które autorowie uważają przeważnie jako prawdziwe ziarenka, pochodzące z rozpadu ciałek krwi bezbarwnych, podczas gdy Hayem wywodzi je słusznie od przeobrażenia się swoistych płytek, we krwi pierwobytnych, które nazwał hematoblastami, albowiem mylnie je uważał jako krążki wklęsło wklęsłe i jako przeznaczone do przeistoczenia się w ciałka czerwone. W rzeczywistości jednak płytki mają inną postać, składają się z istoty całkiem różnéj od pościeliska ciałek czerwonych i nigdy nie zawierają hemoglobiny.

B. przekonał się następnie, że w sprawie zakrzepowéj płytki stanowią przeważną część składową zakrzepu białego u zwierząt ssących, od nich bowiem pochodzi owa istota ziarnista, którą znajdujemy pośród ciałek bezbarwnych, a które dotąd wywodzono od rozpadu ostatnich lub od włóknika ścinającego się.

W krzepnieniu krwi płytki prawdopodobnie odgrywają ową rolę, którą Montegazza i Al. Schmidt przypisują ciałkom bezbarwnym. Już Schultze, Ranvier, Hayem i inni spostrzegali, że w ścinającéj się kropli krwi nitki włóknikowe, siatkowato połączone, zbiegają się we wspomnionych powyżéj grudkach ziarenek i ztąd wnosili, że pomiędzy temi ziarenkami a strącaniem się włóknika zachodzi ścisły związek. B. nie pisze się na zdanie Al. Schmidta, jako krzepnienie krwi zależy od ciałek białych a grudki ziarenek powstają z rozpadu ostatnich; przeciwnie B. nabrał przekonania, że krzepnienie krwi zależy od płytek w mowie będących, albowiem 1) nie spostrzegał nigdy rozpadania się wielkiéj ilości ciałek białych; 2) ścinanie się krwi następuje równocześnie ze zwyrodnieniem płytek; 3) w naczyniu krwionośném we dwóch miejscach podwiązaném krew pomiędzy ligaturami mieszcząca się pozostaje płynną przez parę godzin, a przez tenże sam czas płytki zachowują postać swoją charakterystyczną, podczas gdy we krwi upuszczonéj z żyły ulegają zwyrodnieniu w ciągu jednéj minuty. Jeżeli więc płytki zmieniają swoją postać równocześnie z krzepnieniem krwi, podczas gdy ciałka białe nie ulegały jeszcze zmianie uderzającéj,—jeżeli następnie, jak B. się przekonał, włóknik właśnie tam się strąca, gdzie płytki przylegają do nici, któremi się krew bije, — jeżeli wreszcie środki powstrzymujące zwyrodnienie płytek opóźniają także krzepnienie krwi, — więc przypuścić wypada, że krzepnienie pozostaje pod wpływem bezpośrednim płytek krwi. *(Centralblatt f. d. med. Wiss.* 1882, Nr. 2, *Vorläuf. Mitth.)*

Baumann: Tlen in statu nascendi.

Prócz tlenu zwykłego i ozonu istnieje jeszcze trzecia odmiana tlenu „tlen czynny“ czyli tlen *in statu nascendi.* Na tę trzecią odmianę tlenu zwraca prof. E. Baumann uwagę szczególniejszą i podnosi jéj znaczenie dla ustroju zwierzęcego. Tlenu czynnego, podobnie jak wodu czynnego, nie można otrzymać w stanie odosobnionym. Działanie jego, istnienie jego daje się poznać tylko po skutkach, jakie wywiera na inne ciała. Tlen czynny (jak się zdaje O) łączy się z tlenem zwykłym (O_2) w ozon (O_3). Tlen czynny jest ciałem najsilniéj ukwaszającém. Co do swego działania to tlen czynny różni się od ozonu tém, że w zetknięciu z wodą łączy się i daje nadniedokwas wodu (H_2O_2), że azot powietrza atmosferycznego ukwasza na kwas azotawy i azotowy. Tych własności ozon nie posiada. B. podaje jeszcze jeden sposób do odróżnienia tlenu czynnego od ozonu. Jeżeli się wprowadzi mięszaninę powietrza ozonizowanego z tlenkiem węglowym (CO) do wody barowéj, to zmętnienie nie występuje, nie tworzy się węglan barowy ($BaOCO_2$); czyli innemi słowy jest to dowód, że ozon wcale nie utlenia tlenku węglowego (CO) na kwas węglowy (CO_2) i nie tworzy z wodnikiem barowym ($Ba(OH)^2$) węglanu barowego. Jeżeli się zaś zamknie w rurce szklanéj bubkę paladową, naładowaną wodem, da się na to czystą wodę wapniową (wodnik wapna $Ca(OH)_2$) i wprowadzi się tlenek węglowy, to woda wapniowa się zmąci skutkiem wydzielonego węglanu wapna ($CaOCO_2$). W tym razie tlen powietrza zmienia się pod działaniem bubki paladowéj, wodem naładowanéj, w tlen czynny, a ten ukwasza niedokwas węgla CO na kwas węglowy CO_2, który znów łączy się z wapnem w węglan wapniowy ($CaOCO_2$) i sprawia zmącenie. Doświadczenia te uwidoczniają siłę utleniającą tlenu czynnego. Według spostrzeżeń Baumanna i Hoppe-Seylera, hemoglobina krwi posiada własność przemieniania tlenu zwykłego w tlen czynny, który działa tak silnie utleniająco na składniki tkanek ciała zwierzęcego. (*Hoppe-Seylers Zeitschrift für physiol. Chemie* V). *Dr. Kopff.*

Prof. Bizzozero: O znaczeniu rozpoznawczém przybłonków z pęcherzyków płuc w plwocinie.

Ziarniste komórki w plwocinach spostrzegał już dawniéj Buhl i uważał je za przybłonek pęcherzyków płuc. Z biegiem czasu podzieliły się jednak zdania badaczy. Jedni zgadzają się z zapatrywaniem Buhla (Guttmann, Smidt), podczas gdy inni (Fischl, Panizza, Senator) utrzymują, że komórki te mogą pochodzić z przybłonka warstwowego dróg oddechowych, gruczołów śluzowych, z przybłonka migotnego itp.

Bozzolo i Graziadei wykazali, że w pęcherzykach płuc są dwojakiego rodzaju komórki, a mianowicie blaszkowate, pośród których znachodzą się jakby wciśnięte, mniéj szerokie grubsze komórki zarodzinowe. Wywołując na zwierzętach sztuczne nieżytowe i dławcowe zapalenie, przekonali się, że te blaszkowate komórki ulegają tylko zmętnieniu, podczas gdy owe jakoby wsunięte zarodzinowe komórki w pęcherzykach się rozmnażają i zawierają więcéj ziarn, kulek rdzennych i barwika. Komórki takie znachodzą się zdaniem autorów w plwocinie ludzi w rozmaitych zapalnych cierpieniach płuc.

Prof. Bizzozero zgadza się z temi poglądami, przekonał się bowiem w licznych badaniach dławcowego zapalenia płuc, że w samym początku choroby pęcherzyki płucne wypełnione są prawie zupełnie wielkiemi ziarnistemi komórkami zarodzinowemi, jakkolwiek ściany pęcherzyków nie utraciły jeszcze blaszkowatego przybłonka.

Następnie przekonał się autor, że ziarniste komórki w plwocinie pochodzą z przybłonka płuc, stwierdziwszy ich morfologiczną tożsamość, jakoteż zapewniwszy się, że tego rodzaju komórkowate składniki plwociny z żadnego innego miejsca pochodzić nie mogą, gdyż 1) nie znalazł nic podobnego w badaniu fizyjologicznych lub patologicznych tworów przybłonka brukowego i migotnego; 2) gdyby zaś te komórki pochodziły z gruczołów śluzowych lub warstwowego przybłonka, musiałyby się wówczas znaleźć w śluzie nosa i połyku, a tego wykazać nie można. Opisane komórki znachodził autor nietylko w plwocinie osób chorych na płuca,

lecz nawet w przewłocznych nieżytach oskrzeli. Guttmann i Smidt znachodzili je często u osób zdrowych, którzy 30 rok życia przekroczyli. Kölliker spostrzegł w zupełnie zdrowych płucach zabitego komórki zarodzinowe bujające w pęcherzykach. Te odkrycia skłaniają do przypuszczenia, że przybłonek pęcherzyków ulega łuszczeniu. Obecność tych komórek przybłonka płuc w plwocinie wykazuje więc w ogóle jakąś zapalną sprawę w pęcherzykach, nie dając jednak możności ocenienia jakości i natężenia onejże, gdyż jak wspomniano znajdują się one tak w najcięższych zapaleniach płuc, jak również prawie fizyjologicznie w plwocinie starszych ludzi.

Obecność tych komórek w plwocinie możnaby tylko wtenczas uważać za okoliczność obciążającą, gdyby się znachodziły w znaczniejszéj ilości, a wydzielanie trwało czas długi; w takim razie przypuścić można, że istnieje przewłoczny nieżyt pęcherzyków płuc. Lecz i pośród tych stosunków nawet wiek starszy pozwala lepiéj rokować. W każdym razie jednak objawy takie u osób młodych trzeba uważać jako zwiastuny przewłocznego nieżytu szczytu płuc, w czasie kiedy przysłuch i wypuk tego cierpienia wykazać nie mogą. (*Ctrbl. f. klin. Medic.* 1881, Nr. 34) *Dr. Murdzieński.*

Prof. E. Hofmann (we Wiedniu): **O sądowolekarskiém sprawdzaniu tożsamości zwłok.**

Sprawdzanie tożsamości zwłok, które stało się potrzebném po katastrofie wiedeńskiéj, skłoniło autora do spisania niniejszych uwag ogólnych nad sądowolek. sprawdzaniem tożsamości. Obowiązek ten ciąży na lekarzu sądowym w Austryi na mocy rozporządzenia z d. 28 stycznia 1855 r., odnoszącego się do sekcyj sądowych (§§. 11, 15, 31, 32 i 48) oraz §. 127 ustawy o postęp. karném, w Prusiech zaś na mocy §. 13 regulaminu, zwłaszcza wtedy, jeżeli tożsamości zwłok nie można sprawdzić przez osoby, które zmarłego znały za życia.

Jakkolwiek może być rzeczą sporną, przynajmniéj we dług regulaminu pruskiego, czy opisanie odzieży, w któréj trupa znaleziono, należy do lekarza lub sędziego, to jednak opis téjże, jakotéż przedmiotów u trupa znalezionych, jest ważnym, gdy się rozchodzi o tożsamość, chociaż przypadek, który nie dawno zdarzył się we Węgrzech, nakazuje ostrożność pod tym względem. Otóż człowiek, który życie swoje zabezpieczył był na wielką sumę, zamordował w lesie człowieka obcego, włożył suknie swoje trupowi, notatki zaś swoje wsunął mu do kieszeni, tak że po tych przedmiotach domyślano się, że zamordowany jest owym zabezpieczonym, który znikł był nagle. Żona jego w trupie poznała niby swego męża, ale dalsi krewni nie chcieli się do niego przyznać a śledztwo w skutek tego rozpoczęte wykazało zbrodnię podwójną morderstwa i oszustwa. — U zwłok niemowlęcych należy opisać dokładnie przedmioty, w które dziecko było zawinięte, taśmę, za pomocą któréj pępowina była podwiązaną itd.—Tém większém jest znaczenie resztek odzieży i w ogóle przedmiotów znalezionych przy zwłokach gnijących. W téj mierze przypomina H. przypadek swój, przed kilku laty opisany, w którym w małéj miednicy topielca napotkano sakiewkę skórzaną, a w niéj kwit na imię właściciela. (Porów. Przegląd Lek. 1879, Nr. 14). Nadto u zwłok z ziemi wydobytych na podstawie stanu odzieży można poniekąd sądzić o czasie, jaki minął od chwili pogrzebania zwłok. W ogóle bowiem resztki odzieży jeszcze utrzymane dozwalają wnosić o upływie czasu nie zbyt odległego. Jednakowoż Moser znalazł u zwłok od lat 14 i 20 pochowanych jeszcze szczątki odzieży, a według Reinharda rozpad sukni następuje późniéj od rozpadu części miękkich ciała, z wyjątkiem chyba, jeżeli zwłoki uległy zmianie tłuszczowoskowéj; najwcześniéj znikają materyje płóciane i bawełniane, późniéj (w 8—10 lat) wełniane, a najpóźniéj (po 20 latach) jedwabne. H. widział czarną wstążkę jedwabną całkiem dobrze zachowaną, wplecioną w warkocz osoby po 80 latach wykopanéj. Rzeczą jest jasną, że wszystkie te przedmioty znikają prędzéj u zwłok bez trumny chowanych. To téż na niedawno pod Wiedniem wykopanym kośćcu człowieka, który dopiero przed 2 laty został zamordowany i pochowany w ogrodzie $1^1/_2$ metra głęboko, H. znalazł suknie rozpadłe, choć chustka od nosa, którą lewa ręka tego trupa była zawiązana, przedstawiała jeszcze barwę pierwotną i rysunek dokładny.

Na zwłokach wydobytych z palącego się teatru wiedeńskiego napotkano jeszcze dość znaczne resztki odzieży, co się tłumaczy po części ztąd, że wielu ludzi zginęło z uduszenia, a nie ze spalenia się, choć i na zwłokach zwęglonych suknie nie całkiem były zniszczone, zwłaszcza te części odzieży utrzymane były, które mocniéj do ciała przylegaią, jak gorsety, podwiązki, buty, rękawiczki. Nadto tam, gdzie wiele warstw odzieży przylegalo do siebie, warstwy wierzchnie ochraniały spodnie. Następnie utrzymały się lepiéj te części sukni, na których ciała leżały, lub które znajdowały się w zagubach. Najlepiéj oparły się zniszczeniu buty, w ogóle przedmioty skórzane. Po oglądaniu zwłok resztki odzieży składano do aktów, a głównie te części, które były znaczone literami lub firmą kupiecką. Szczególną zwracano uwagę na guziki, a w jednym przypadku na guziku metalowym, na którym rozpoznano litery wypuklone, odczytano napis „*Wiener Ringtheater.*“

Przedmioty znalezione w kieszeniach i to nie tylko kosztowności metalowe ale i pularesy także posłużyły do sprawdzania tożsamości; w ostatnich napotykano paszporty, dokumenty, bilety wizytowe itd. U mężczyzny starszego znaleziono w kieszeni osobną odbitkę rozprawy lekarskiéj z opaską krzyżową i stemplem poczty w Gracu oraz z adresem jednego z docentów Wydziału lek. we Wiedniu, który jednak wcale nie był w teatrze, tak, że pomimo tak cennego odkrycia tożsamości posiadacza stwierdzić nie zdołano. Papiery, które znaleziono w pularesach, po części były całkiem dobrze zachowane; tém bardziéj kosztowności, jak np. pierścienie, pomimo zwęglenia palców. Po odzieży i przedmiotach tylko w 3 przypadkach można było wnosić o zawodzie osoby zmarłéj (u żołnierza, służącego z teatru i chórzystki).

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Wiadomości pomniejsze.

(:) **Spożywanie wieprzowiny z truciznami.** E. Decroix, weterynarz w Paryżu, udał się w jesieni roku zeszłego do prefekta policyi, aby mu dostarczono pewnéj ilości wieprzowiny z trychinami w celu robienia doświadczeń na sobie. Przekonawszy się za pomocą drobnowidu, ze mięso otrzymane zawiera 100—150 trychin w jednym gramie spożył je w trojakiéj postaci: jako omlet smażony na wieprzowinie, jako sztukę mięsa z rosołem i jako pieczeń na ciepło i na zimno. Potrawy rzeczone nie nabawiły go żadnéj słabości, a smakowały mu bardzo dobrze, mimo

to a może właśnie dla tego, że od lat dwudziestu spożywa mięso końskie, chcąc dać dobry przykład jako założyciel „komitetu mięsa końskiego“ (*comité de la viande de cheval*). Aby się ochronić od złych następstw z wieprzowiny zawierającéj trychiny jako téż z innych gatunków mięsa zawierających zarodki pasożytów, należy mięso dobrze gotować. (*Revué de thérapeutique* 15 stycznia 1882).

(F. M.) **Jodek litowy**. Wiele osób nie znosi nawet małych ilości jodku potasowego, sodowego, jodoformu, gdyż po krótszym lub dłuższym czasie doznają bólu głowy, przypływu krwi do płuc, bezsenności, zaburzeń w żołądku, chrypki itp. Prof. Zeissl zaleca takim osobom z osobliwą tkliwością na jod: jodek litowy a mianowicie w téj formie: *Rp. Lithii jodati 1·50, Pulv. et extr. anassiae q. s. f. pill. 20. S.* Rano i wieczór po jednéj pigułce, postępując do trzech dziennie. Ponieważ jodek litowy chciwie przyciąga wodę, należy te pigułki trzymać w miejscu suchém i dobrém zamknięciu. Wszyscy chorzy a nawet niedokrewni, cierpiący na nieżyt żołądka i kiszek, ciężarne, znoszą ten przetwór jodu bardzo dobrze, nawet przy długiém używaniu, skutek zaś nie ustępuje w niczém działaniu jodku potasu. (*Allg. wien. med. Ztg.* 1882, Nr. 2).

(F. M.) **Zastosowanie jodoformu do jamy ust**. W klinice prof. Billrotha operowano zeszłego roku kilkanaście razy raka języka, we wszystkich przypadkach używano do opatrunku jodoformu, z bardzo dobrym skutkiem. Sposób zastosowania był następujący: Powierzchnię ranną jamy ust pokrywano gazą jodoformową, we czworo złożoną, po lekkiém przyciśnięciu trzymała się doskonale rany: po 5—8 dniach zdejmowano opatrunek, wygląd ran był zawsze taki, jaki być może przy ścisłym opatrunku przeciwgnilnym. Za najlepszy sposób robienia gazy jodoformowéj podaje Dr. Wölfler następujący przepis. W 94% wyskoku rozpuszcza się 60 grm. kolofonii, dodając 50 grm. gliceryny. W rozczynie tym macza się dobrze wypraną gazę, uciska ją i w półmokrym stanie będącą posypuje proszkiem jodoformu. Na 6 metrów gazy wystarcza 50 grm. jodoformu. (*Wien. med. Wchft.* 1881, 53).

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 15 z dnia 2go listopada 1881.

Przewodniczący kol. doc. Jordan. Członków obecnych 28.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. docent Pieniążek okazał wzierniki gardzielowe pomysłu Störka i tłumaczył ich użycie. W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierał głos kol. doc. Obaliński.

3) Tenże przedstawił chorą z rzadkiém cierpieniem: *Chorditis vocalis hypertrophica.*

4) Załatwiono kilka spraw administracyjnych.

Dr. Balicki.

Posiedzenie 16 z dnia 9go listopada 1881 r.

Przewodniczący: kol. doc. Jordan. Członków obecnych 32.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Murdzieński w zastępstwie kol. doc. Obalińskiego przedstawił z oddziału jego rekonwalescenta, którego historyję choroby w tych słowach skreślił: W. B. 20 lat liczący, kominiarz, przybył d. 9go września 1881 r. do oddziału chirurgicznego i opowiada, że przed 3 miesiącami śpiąc w wilgotnéj stajni poczuł po obudzeniu się ból w przedramieniu lewém, w kilka dni wystąpiło obrzmienie i zaczerwienienie. Chory udał się najpierw do szpitala w Biały, gdzie mu przecinano ropnie i kilka kawałków kości wydobyto. Po zbadaniu chorego znaleziono, że znaczna część kości łokciowéj uległa zniszczeniu. Rozpoznano: *Necrosis totalis ulnae sinistrae et ankylosis spuria cubiti post osteomyelitidem acutam.* Na téj podstawie przystąpiono dnia 22/9 do operacyi. Po zachloroformowaniu chorego przecięto skórę nad kością łokciową tuż pod stawem, a doszedłszy do połowy przekonano się, że cała kość łokciowa uległa zniszczeniu, wydobyto ją tedy w 3ch kawałkach pozostawiając tylko nasadki. Okostną zgrubiałą odskrobano i pozostawiono. Stawy zupełnie nienaruszone. Następnie zeszyto ranę szwami drutowemi, założono dreny i opatrunek jodoformowy. W skutek niepokoju po operacyi krwotok. W późniejszym przebiegu powstał ropień duży po nad stawem łokciowym. Po miesiącu jednak rana w zupełności zagojona, z pozostawionéj okostny zaczęła się wytwarzać kość, co dotykiem stwierdzono. Przy sposobności nadmienić wypada, iż do opatrywania używamy jodoformu. Doświadczenie parumiesięczne zachęca bardzo do użycia takiego opatrzenia. Rany w ogóle goją się dobrze, przesiąkanie mniejsze aniżeli przy opatrunku Listera. Wrzody na odnogach stanowią dla jodoformu popisową rolę, wypocina cuchnąca, obumarłe strzępy z takiego wrzodu oczyszczają się już po jednorazowém zastosowaniu tego środka, a gojenie dalsze postępuje prędzéj. Używamy jodoformu w proszku, posypując nim części ranne, obnażone z przyskórka i kładąc na nie opatrunek złożony z gazy i waty antyseptycznéj. Opatrzenie takie utrzymuje się kilka dni, chyba, że zbytne ropienie do zmiany zmusza. Ta okoliczność dłuższego pozostawienia opatrunku przynosi nam dwie korzyści, z których jedną mniejszy rozchód gazy, waty, bandaży, drugą zaoszczędzenie czasu.

3) Kol. Skobel odczytał rzecz o wrzodach gruźliczych w gardle, z kliniki prof. Rosnera. (Ogł. w Nrach 49 i 51 Przegl. Lek. z r. 1881).

W dyskusyi zabrał najpierw głos kol. Paszkowski: Kol. prelegent w wykładzie swoim twierdzi, że opisane powyżéj zmiany na podniebieniu miękkiém i na nagłośni były tak charakterystyczne, że można było z nich samych rozpoznać gruźlicę a kiłę wykluczyć stanowczo nawet i wtedy, gdyby u takiego indywiduum były w innych narządach zmiany kiłowe. Dla kol. P. zmiany te nie były tak charakterystyczne, żeby mógł li za pomocą inspekcyi bezpośredniéj (na podniebieniu miękkiém) lub pośredniéj (za pomocą wziernika w krtani i na nagłośni) rozpoznać je jako gruźlicze. Wrzody bowiem ani gruźlicze ani kiłowe nie przedstawiają, zdaniem kol. P., nic cechującego, dla niego rozstrzygającemi zawsze będą zmiany w innych narządach, czyli wynik badania ogólnego. Zdaje się kol. P., że, gdyby badanie ogólne wykazało było wybitne zmiany kiłowe w przypadku, o którym mowa, a brak zmian gruźliczych w płucach, niktby się był nie wahał wrzody na podniebieniu miękkiém i na nagłośni uważać za kiłowe. Kol. P. radby, żeby przy téj sposobności w dyskusyi nad tą ważną kwestyją rozpoznawania wrzodów gruźliczych i kiłowych w późniejszym okresie z saméj inspekcyi szan. koledzy wedle doświadczenia zdanie swe objawili. Odnośnie do przypadku przedstawionego, to nawet po bardzo dokładném zbadaniu innych narządów bardzo trudno było powiedzieć stanowczo, ażali wrzody na podniebieniu miękkiém i zmiany w krtani były gruźlicze. Kol. P. badał chorego bardzo dokładnie i badanie wykazało prócz zmian na podniebieniu miękkiém i na nagłośni przez kol. Skobla opisanych: w płucach nacieki szczytowe nierozpadające się (po prawéj stronie z tyłu, po lewéj z przodu) zmiany więc nie wysokiego stopnia, wrzodów na wiązadłach krtaniowych nie było, a na tylnéj ścianie połyku, ani na korzeniu języka za życia nie stwierdzono żadnych zmian. Wiadomo, że wrzody gruźlicze na podniebieniu miękkiém (w ogóle rzadkie) występują zazwyczaj wtedy, kiedy w płucach znachodzą się zmiany wysokiego stopnia i że zazwyczaj towarzyszą wrzodom gruźliczym na podniebieniu miękkiém takież wrzody na tylnéj ścianie połyku i na korzeniu języka. W obec tego wszystkiego, dla kol. P. przynajmniéj, nietylko z badania miejscowego, ale i z badania ogólnego rozpoznanie wyżéj wymienionych zmian na podniebieniu miękkiém i na nagłośni jako gruźliczych z bezwzględną pewnością było niemożebne, jakkolwiek nie przeczy, że podstawę do przypuszczenia gruźlicy dawały zmiany w płucach (chociaż niewysokiego stopnia). Do wątpliwości téj snadnie przyczyniła się jeszcze ta okoliczność, że u pacyjenta były zmiany patologiczne w nerkach wysokiego stopnia, zmiany, których objawy były dominującemi. Chory z opuchliną odnóg dolnych bardzo znacznego stopnia z wy-

siękiem surowiczym w jamie brzusznéj, opłucny i osierdziu. Zmiany te w nerkach uważano za skrobiowate (chcąc je w związek wprowadzić z chorobą płuc). Wiemy, że zwyrodnienie skrobiowate nerek znachodzi się często u gruźliczych, ale występuje ono zazwyczaj po długotrwałém ropieniu (przy obecności jam znacznych w płucach). Jak więc z jednéj strony uderzał niestosunek między zmianami na podniebieniu miękkiém i na nagłośni a zmianami w płucach i na więzadłach głosowych, tak z drugiéj strony zmiany niby następowe w nerkach były bardzo dawne i znaczne. I dla tego można było uważać zmiany w nerkach i na podniebieniu miękkiém i na nagłośni jako w związku ze sobą będące i pierwotne skutkiem kiły, a zmiany w płucach jako następowe przy danéj dyspozycyi (zwapnienie ograniczone w szczycie rzeczywiście nekroskopija wykazała). I dla tego nie przecząc możności zmian gruźliczych na podniebieniu miękkiém i na nagłośni nie rozpoznawał ich kol. P. z bezwzględną pewnością. Gdy pacyjent w kilka dni późniéj zaczął silnie gorączkować, a gorączkę do świeżéj erupcyi gruzełków odnieść trzeba było, rozpoznanie opisanych wrzodów jako gruźliczych zyskiwało bardzo na prawdopodobieństwie, ale rozpoznanie oparte na badaniu innych narządów i przebiegu choroby w ogólności a nie na miejscowém badaniu wrzodów.

Kol. doc. Pieniążek: Nie zgadza się ze zdaniem, jakoby z wejrzenia wrzodu nie można nigdy wnosić o jego naturze; nie przeczy, że mogą być przypadki, w których samo wejrzenie nie wystarczy, ale są one w ogóle rzadsze, zazwyczaj zaś wrzody zachowują pewne cechy, po których od razu poznać je można. Źleby było, gdyby było inaczéj, bo czyż nie mogą istnieć zmiany dwojakiego rodzaju obok siebie, czyż chory, który cierpi na gruźlicę nie może się zarazić kiłą itp. a w jakiż tedy sposób do rozpoznania dojśćbyśmy mogli, gdybyśmy je tylko na obecności innych towarzyszących zmian oprzeć musieli? Nie twierdzi, jakoby wrzody różnego gatunku zasadniczo od siebie różnić się musiały, twierdzi tylko, że wrzody różnéj natury mają rozmaity, sobie mniéj więcéj właściwy, sposób powstawania i szerzenia się, po którym pozostają pewne ślady, które nam o naturze wrzodów tych wnosić pozwalają. Nie przeczy, że te ślady mogą być czasem i kilku rodzajom wrzodów właściwe, w innym razie zaś tylko jednemu z nich odpowiadać, dodając nawet, że nieraz wpływy zewnętrzne itp. ślady te mniéj lub więcéj zacierać mogą. I tak w przypadku, o który chodzi od razu z wejrzenia wrzodu mógł kiłę wykluczyć, natomiast z samego wejrzenia równie dobrze przypuścić mógł zmiany gruźlicze jak i *lupus*, który już tylko z powodu braku zmian na skórze wykluczyć było można. Jeżeli porówna się ze sobą zmiany kiłowe i gruźlicze, samo to rozróżnienie będzie łatwiejsze, gdyż wrzody te swojém powstawaniem i rozwojem różnią się dość wybitnie od siebie. I tak wrzody kiłowe drugiego okresu powstają z płytkich podprzybłonkowych nacieków, które za to dość szerokie być mogą, a zwykle kształt posiadają okrągły. Już samo wejrzenie takich powierzchownych owrzodzeń, lub raczéj erozyj, cechuje kiłę w tym okresie, dodajmy do tego towarzyszące im często zmętnienie przybłonka na około erozyj, a dyjagnoza zwykle z pierwszego wejrzenia na pewne jest możebną. W kile trzeciorzędnéj napotykamy nacieki większe i głębsze, niepłaskie, lecz mniej więcéj kuliste, guzowate, które okazują najdaléj posunięte wsteczne przemiany w środku, od środka téż się otwierają i dają od razu wrzód głęboki, mniéj lub więcéj okrągławy lub z okrągławych złożony, (po dłuższém trwaniu często skutkiem częściowego gojenia się, obok dalszego szerzenia się nerkowaty), którego dno pokryte wypociną szarą brzegi naciekle, wystające, ostro od wrzodu odcięte, otoczenie z żywą reakcyją, zaczerwienione żywo i obrzmiałe. Przypomina sobie pięć przypadków wrzodów gruźliczych w połyku i może o nich powiedzieć to samo, co o wrzodach takichże w krtani, że się różnią bardzo od opisanych wrzodów kiłowych, czyto drugiego, czyto trzeciego okresu. Różnice te same spotyka się w połyku co i w krtani, rozpoznanie o tyle tylko może być trudniejszém, o ile w laryngoskopie mniéj dokładnie widzi się niż wprost. Rzeczywiście w obrazie laryngoskopijnym nie widać przedniéj powierzchni tylnéj ściany krtani, a często i tylnéj powierzchni nagłośni z pożądaną dokładnością, trudniéj więc nam uchwycić cechy owrzodzeń tam będących; czasem, jak w naszym przypadku, może przedstawiać się wycięcie brzegu nagłośni jako wrzód głęboki półkolisty, któryby odpowiadał kile trzeciorzędnéj, na co właśnie przy badaniu chorego, o którym mowa, zwrócił uwagę. Gdzie jednak za pomocą laryngoskopu równie dokładnie jak wprost widzieć można, tam dyjagnoza również pewną będzie. Wyjątek stanowią jedynie więzadła prawdziwe, które będąc pod wpływem ciągłéj pracy, t. j. napinania się i wolnienia, a daléj drażnione przez kaszel itp., okazują pewne odmiany od opisanych właściwości wrzodów kiły trzeciorzędnéj. Tutaj nacieki kiłowe *(gummata)* niedoczekają się zwykle otwarcia od środka, lecz zostają od powierzchni prądem powietrza urażane, ztąd rozpad i wrzodzenie może się u nich od powierzchni rozpocząć, przez co zacierają się charaktery owrzodzeń na nich pozostałych. Z drugiéj strony i w gruźlicy skutkiem tychże samych wpływów rozpad więcéj postępuje i głębiéj sięga, przez co często trudno rozróżnić, czy mamy przed sobą wrzody kiłowe, lub téż gruźlicze. Na innych jednak częściach krtani, o ile je dokładnie widzieć można, zwykle rozróżnienie tych spraw nie jest trudne. Wrzody gruźlicze powstałe z rozpadu gruzełków, a więc małych nacieków, noszą piętno swego powstania, przy tém gruzełków bywa ilość o wiele większą, niż kilaków, ztąd téż gdy wrzody kiły trzeciorzędnéj są półkoliste lub z kilku takich złożone, ale dość duże i głębokie, gruźlicze okazują się złożone z drobnych wrzodzików także półkolistych, ale bardzo małych, za to liczniejszych. Często ziarnina w dnie wrzodu lub nawet przy utrzymanym przybłonku wyraźne jakby zakarbowanie powierzchni drobnemi granulacyjami wskazuje na rozwój masy guzków drobnych obok siebie, nad którém późniéj przybłonek odpada i powstaje zrazu nadżerek a potém i głębsze owrzodzenie; granulacyj takich czy przy utrzymanym przybłonku, czy na dnie wrzodu nie bywa w kile, gdyż tu mamy w okresie późnym dno wrzodu pokryte wypociną, które podczas gojenia się oczyszcza się, brzegi ostro cięte wrzodu zaginają się z lekka ku niemu, lecz granulacyi na dnie wrzodu gołém okiem przynajmniéj nie widać, ale jest ono gładkie, różowe. Granulacyje wyraźne w owrzodzeniach krtani nie mają znaczenia gojenia się, lecz wytwarzanie się nacieków ograniczonych skupionych. Często téż widać wśród nich, zwłaszcza przy dobrém świetle, drobne żółte punkciki t. j. gruzełki; wtedy już dyjagnoza najmniejszéj kwestyi nie ulega. Czasem na daleko posuniętych wrzodach spotyka się takie żółte punkty, zwykle jednak wyraźniejsze w miejscach krtani zupełnie nieowrzodziałych, często obrzmiałych; najwyraźniejsze one bywają na przedniéj powierzchni nagłośni, wreszcie spotyka się je na chrząstkach nalewkowych i więzadłach fałszywych. Nigdy przemawiający nie widział punkcików takich na więzadłach prawdziwych. Są to także gruzełki, ale następowe, zdaje się w rodzaju przerzutu drogą naczyń limfatycznych w pobliżu wrzodu powstałe. Gdy pierwsze okazują się skupione wśród nakarbowanego miąższu a obok nich spotyka się poczynające dopiero owrzodzenie, to ostatnie rozrzucone są po całéj krtani obok bardzo posuniętych wrzodów. Gdy nad pierwszemi odpada przybłonek i tworzy się płaskie owrzodzenie, drugie zwykle nie prędko lub wcale we wrzody nie przechodzą. Obie formy jednak umożliwiają rozpoznanie prawie z matematyczną pewnością. Inny rodzaj owrzodzeń gruźliczych, powstały skutkiem drobnych podprzybłonkowych nacieków, daje wrzody płaskie, które rzeczywiście trudno od kiły drugorzędnéj odróżnić; takowe jednak najczęściéj bywają na więzadłach prawdziwych, gdzie skutkiem ruchu i tarcia prędzéj do owrzodzenia przychodzi, w innych miejscach niewrzodzieją one tak prędko, a ztąd łatwiéj właściwą cechę przybierają. Lecz i na więzadłach ziarniste wejrzenie wrzodów bardzo za gruźlicą ich naturą przemawia, więcéj jeszcze, jeżeli granulacyje te są mętne, sine, jakby piaskiem posypane. Trudno rozróżnić wrzody na przedniéj powierzchi tylnéj ściany, lub na tylnéj powierzchni nagłośni, tu bowiem nie widać ich całkowicie, ale zwykle tylko wystające ich brzegi; często jednak spotyka się na około nich zmętnienie przybłonka drugorzędnéj kile właściwe. W tych miejscach wreszcie téż trudne często odróżnienie zmiany drugorzędne od trzeciorzędnych, gdyż nie zawsze możemy ocenić dokładnie rozległość i głębokość owrzodzeń; często samém ich ukształtowaniem zadowolić się musimy. Nieraz przeceniając dyjagnotyczną wartość lokalizacyi wrzodów, twierdzą, że nagłośnia najczęściéj bywa siedzibą zmian kiłowych, przestrzeń zaś międzynalewkowa gruźliczych. Na własném doświadczeniu oparty, stanowczo twierdzi przemawiający, że najczęstszém miejscem zmian

obu rodzajów są więzadła prawdziwe, ztąd téż i dyjagnoza często trudna; nagłośnia równie często bywa siedzibą zmian kiłowych jak i gruźliczych, przestrzeń zaś międzynalewkowa najrzadziéj zmian kiłowych trzeciorzędnych, mniéj już drugorzędnych a najczęściéj gruźliczych. Nie przeczy jednak, że uwzględnienie lokalizacyi jest ważném, tak np. jeżeli spotyka się wrzody na samych fałdach nalewkonagłośniowych, to prawie zawsze są one natury kiłowéj, w gruźlicy bywają one także, ale obok zmian daleko posuniętych w głośni. Toż samo tyczy się przedniéj powierzchni nagłośni i w ogóle zewnętrznych powierzchni całego wejścia krtani, które mogą być same zajęte w kile, w gruźlicy jednak zawsze obok zmian w głośni i to już znacznych. Połyk, podniebienie i korzeń języka są właściwą lokalizacyją zmian kiłowych a jednak spotykamy wyjątki, jak właśnie i w naszym przypadku. Ważniejszém od lokalizacyi jest otoczenie wrzodu. Zmiany kiłowe drugorzędne, równie jak gruźlicze nie zbyt posunięte, nie wywołują wielkiéj reakcyi, co najwięcéj lekkie zaczerwienienie w najbliższém sąsiedztwie wrzodów. Zmiany zaś kiły trzeciorzędnéj, równie jak i gruźlicze daléj posunięte wywołują silniejszą reakcyję, która jednak różną jest w obu tych sprawach. W kile spotykamy obrzmienie obok żywego zaczerwienienia, gdy w gruźliczych wrzodach zwykle obrzmienie wodniste, blade; ta więc obecność reakcyi, czasem brak jéj zupełny, gdy n. p. obok wrzodów rozległych w przestrzeni między-nalewkowéj więzadła są zupełnie blade, jest właściwą wrzodom gruźliczym i nie spotyka się nigdy w kiłowych; natomiast czasem bywa i we wrzodach gruźliczych żywsza reakcyja. Tak więc z wejrzenia i usadowienia wrzodu i reakcyi na około niego, często choć nie zawsze naturę jego rozpoznać można. Jeżeli przypomni sobie przypadki uszkodzeń gruźliczych w połyku, które sam widział, to pierwsza myśl jaka mu przyszła widząc wrzody w połyku lub na podniebieniu była o kile, zaraz jednak zapytać się musiał, czy są to wrzody drugo lub trzeciorzędnéj kiły i nie mógł sobie dać na to pytanie odpowiedzi. Na trzeciorzędne były one za płytkie i za małe, na drugorzędne zaś za głębokie, gdy natomiast z gruzełków z łatwością wywieść się dały. Tak też i w przypadku okazanym widząc wrzody na podniebieniu, których brzegi wcale nie są ostro cięte i wystające, lecz okazują łagodne przejście, zrazu tylko brak przybłonka, daléj zagłębienie nieco większe, których dno pokryte wzniesieniami brodawkowatemi czystemi, pomiędzy któremi tu i owdzie znajduje się nieco wypociny, nie można w żaden sposób wywodzić z rozpadu kiłaków, ani z podprzybłonkowych płaskich nacieków kiły drugorzędnéj. Natomiast bez naciągania odnieść je można do rozwoju gruzełków wśród miąższu, naokoło których nacieki reakcyjne potworzyły zlewające się ogniska, które wystają jak brodawki i nad któremi przybłonek nie mógł się utrzymać, ale odpadł, poczém wrzodzenie tu i owdzie postępowało w głąb, gdy jednocześnie cała sprawa na boki się rozszerzała. Podobne wrażenie jak podniebienie, robił mu wolny brzeg nagłośni, który okazywał kilka wzniesień podobnych do tych niby brodawek na podniebieniu. Przytém widziano na brzegu nagłośni półkoliste wycięcie ostre, które jak zaraz powiedział przemawiający, mogłoby odpowiadać samo jedno wrzodowi kiły trzeciorzędnéj, ale nie jest to wrzód, lecz efekt zagięcia brzegów nagłośni ku tyłowi, co rzeczywiście dziś na preparacie widzieć można. Dolna część nagłośni okazała się wodnisto obrzękłą; ta więc gnuśność reakcyi przemawiała także za gruźliczą naturą owrzodzeń. Na preparacie widzi się teraz, że w miąższu chrząstek nalewkowych tkwią gruzełki drobne, których jednak zużycia niewidziano, ale któreby może były dały się dojrzeć, przy świetle słonecznem lub Drumonda. Przemawiający nie widział wrzodów na tylnéj ścianie połyku, ani na korzeniu języka, gdyż obfity śluz tam leżący zakrywał je, a trudno choremu było kazać odkaszlać i t. p., gdyż był głuchoniemy. Jednak i tak nie miał wątpliwości, że ma do czynienia z wrzodami gruźliczemi. Podobnie jak kiłę, wykluczyć tu można było raka lub rakowca, pozostawał jedynie *lupus*, z którym wejrzenie wrzodów równie jak z gruźlicą pogodzić by się dało. *Lupus* jednak można było wykluczyć tak z powodu zmian na skórze jak i zbyt szybkiego nań przebiegu całéj sprawy. Niemożna więc było wątpić o gruźliczéj naturze sprawy i zgodzić się trzeba z kol. Skoblem, że nawet w obecności innych zmian których, te za gruźlicze uważać trzeba było. Moczenie białkiem lubo z kiłą łatwiéj dała się pogodzić, nie sprzeciwiała się jednak przypuszczeniu gruźlicy, obok któréj zwłaszcza u człowieka narażonego na zmiany temperatury, może i pijaka, łatwo wystąpić mogło zwyrodnienie skrobiowate nerek.

(Dokończenie nastąpi).

IV. Listy z Paryża.

II.

Ze szpitala Lariboisière — Przypadek *hepatitis interstitialis hypertrophica.*

Oddziały, które umieszczone są w opisanym w poprzednim liście szpitalu Lariboisière są następujące: Dwa oddziały chirurgiczne, pierwszy pana Labbé, agrégé, drugi pana Duplay, agrégé; ten ostatni oddział zawiera zarazem dział okulistyczny tego szpitala. O wiele więcéj jest oddziałów medycyny wewnętrznéj: pierwszy p. Jaccoud, profesora chorób wewn.; drugi p. Fermet agrégé; trzeci p. Bouchardt, agrégé; czwarty p. Paul, agrégé; piąty p. Proust, agrégé; szósty p. Siredey. Część kobieca tego ostatniego oddziału przeznaczona jest na oddział położniczy.

Mając do zwiedzenia tyle oddziałów a nie chcąc się ograniczyć tylko do tego szpitalu, lecz zamierzając zwiedzić także i inne, w których znowu jest po kilka oddziałów, nie mogłem bywać często na wszystkich oddziałach. Starałem się więc poznać je choć powierzchownie i byłem zmuszony już z tego powierzchownego poznania, jak również z opinii, jakiéj używają kierownicy tych oddziałów, zrobić wybór, aby choć jeden z nich poznać nieco gruntownie. Obrałem oddział chorób wewn. prof. Jaccouda. Jest to jeden z najzdolniejszych i najpracowitszych profesorów tutejszego Wydziału lek. Znajomość gruntowna literatury, postępowanie krok w krok za postępem nauki, ciągłe badania własne, treściwy o przecież jasny i wyczerpujący wykład — oto w krótkości główne jego zalety. Wysłany przez ministerstwo oświaty do Niemiec i Austryi w celu poznania sposobu nauczania nauk lekarskich w tych krajach, zdał on w r. 1863 sprawę piśmienną z téj wycieczki, która wkrótce potém wyszła drukiem nakładem p. Adrien Delahaye, a która daje świadectwo bardzo pochlebne o wysokim darze spostrzegawczym i bystrości umysłu tego niezmordowanego pracownika. Z dzieł jego przytaczam tylko: *Traité de Pathologie interne — 1879, sixième edition*, dwa tomy w wielkiéj ósemce po przeszło 1000 str., w którém szczególniéj część kliniczna znakomicie jest opracowaną. Również znakomitemi są jego *„Leçons cliniques“*. W ostatnich latach wyszedł pod jego redakcyją słownik, a raczéj obszerna encyklopedyja lekarska, dzieło zbiorowe objętości około 20 wielkich tomów.

Na oddziale tym obserwowałem między innemi przypadek *Hepatitis interstitialis hypertrophica*, także *Cirrhosis hepatis hypertrophica* zwanéj. Poniżéj zamierzam podać dokładną historyję tego przypadku, który według zdania prof. Jaccouda należał do rzadszych przypadków kliniczno-typowych téj odmiany zapalenia wątroby; czynię to zwłaszcza dla tego, że w literaturze polskiéj i niemieckiéj tylko raz napotkałem w dziele zbiorowém Ziemssena dość pobieżną wzmiankę p. Thierfeldera o téj chorobie. I on nadmienia, że głównie lekarze francuzcy (Ollivier, Charcot, Jaccoud i inni) odmianę tę zapalenia wątroby opisują i ogranicza się do krótkiego zestawienia szczegółów przez nich podanych. Podobnych przypadków widziałem tu jeszcze dwa:

jeden na oddziale prof. Petera, drugi na oddziale prof. Potaina. Oba były nieco więcéj powikłane, nie mogły mi więc służyć jako obraz typowy téj choroby, zwłaszcza, że do sekcyi jeszcze nie przyszło.

Pacyjent przybył do szpitala 17 listopada 1881 r. i to już po raz trzeci. Po raz piérwszy był tu w styczniu 1875 r. z objawami ostrego zatrucia wyskokowego nie przedstawiając zresztą wówczas prócz ostrego nieżytu żołądka prawie żadnych zmian ważniejszych. Po kilkodniowym pobycie uleczony opuścił szpital. W maju 1879 r. przyjętym został znowu na ten sam oddział skarżąc się na silny ból w okolicy wątroby. (Szczegóły te czerpię z udzielonéj mi uprzejmie bardzo szczegółowéj historyi choroby):

Wywiady: Chory ma lat 38. Rodzice jego już dawno nie żyją; przyczyny ich śmierci podać nie umie; siostra jego żyje i jest zdrową. Przed blisko 20 laty spadł z rusztowania i złamał nogę. (*Fractura fibulae sin.*, któréj ślad jeszcze widoczny). Zresztą nigdy niechorował ciężko. Kiły nie przebywał a badanie nie wykazuje także jéj śladów. — Choroba obecna rozpoczęła się przed 5 dniami: chory nieco podpity, gdyż jest nałogowym pijakiem, miał sprzeczkę z towarzyszami i jeden z nich uderzył go lekko w podżebrze prawe (pacyjent zapewnia, że uderzenie było lekkie i że już często silniejsze uderzenia nie miały u niego tak bolesnych skutków). Zaraz na drugi dzień dostał wymiotów, dreszczu i ciągłego bolu w okolicy wątroby, który nie pozwala mu swobodnie odetchnąć W nocy było mu gorąco, pocił się silnie. Pragnienie, ból głowy, brak łaknienia, osłabienie ogólne — oto szereg objawów, które odtąd wraz z poprzednio przytoczonemi wciąż trwają.

Stan obecny: Chory budowy dobréj; odżywienie dość dobre, podściółka tłuszczowa miernie rozwinięta; mięśnie jędrne. Ciepłota ranna 38·6°C. Tętno 104, pełne, niezbyt twarde. Lica zarumienione; na spojówce gałkowéj odcień żółtawy, którego niema na skórze. Wargi nieco sinawe. Język nabrzmiały, obłożony. Szyja miernie długa; żyły szyjne zewnętrzne widoczne podnoszą się tylko równocześnie z tętnem tętn. szyjowéj.

Klatka piersiowa dobrze rozwinięta, szeroka i nieco wypukła; dołki pod i nadobojczykowe widoczne. Oddech krótki a częsty, nieregularny, prawa połowa klatki mniéj się porusza niż lewa. Wypuk stwierdza nad całemi płucami odgłos jawny ze zmienionemi nieco granicami ile, że przepona jest w całości nieco w górę podniesiona. Oddech wszędzie pęcherzykowy, tu i owdzie rzężenia kataralne. Wymiary stłumienia serca nie są zmienione; tony serca czyste, dość silne.

Brzuch wzdęty jednostajnie nie przedstawia zresztą zmian okiem dostrzegalnych. Za to przy obmacywaniu jest bardzo bolesny, s.czególniéj po stronie prawéj u góry, gdzie, o ile napięcie ścian na to pozwala — wyczuć można na 2—3 palców poniżéj łuku żebrowego dolny brzeg wątroby, tępy, gładki, twardawy i bardzo bolesny. Śledziona również po większona wystaje nieco z pod łuku żebrowego lewego. Brak innego obrzęku w jamie brzusznéj. Chełbotanie przy ucisku na kiszkę grubą zstępującą. Perkusyja: granica górna wątroby w linii sutkowéj w 5tém międzyżebrzu, dolna w téj saméj linii na 3 palce poniżéj łuku żebrowego; płat lewy również powiększony sięga ku stronie lewéj aż nieco po za linię sutkową lewą, a ku dołowi w linii środkowéj na trzy palce powyżéj pępka. Stłumienie śledziony rozpoczyna się u góry na 9tém żebrze i sięga na dwa palce niżéj łuku; z przodu zaś rozpoczyna się nieco przed linią pachową przodkową; z tyłu nie da się dokładnie oznaczyć. Wymiary żołądka miernie powiększone. Sukusyja stwierdza nieco płynu. Nad kiszkami wypuk jawny bębenkowy, nad kiszką grubą zstępującą stłumiony. Przy zmianie położenia chorego można stwierdzić mierną ilość płynu wolnego w jamie brzusznéj.

Ilość moczu zmniejszona, barwa jego czerwono-brunatna, oddziaływanie kwaśne, ciężar gatunkowy zwiększony; brak białka, ślad barwików żółciowych, chlorki nieco zmniejszone; dość obfity osad składa się głównie z moczanów.

Opierając się na tym wyniku badania rozpoznano: *Perihepatitis acuta traumatica* z tém jednak zastrzeżeniem, że przez rozpoznanie to nie wypowiedziano jeszcze wszystkiego. Przyczyny tego zastrzeżenia były następujące: niestosunek między lekkością przyczyny wywołującéj a chorobą ztąd wynikłą, — powtóre znaczne powiększenie wątroby — wreszcie obecność barwików żółciowych w moczu.

W miarę, jak objawy choroby rozpoznanéj, t. j. zapalenia otrzewnéj, pod wpływem odpowiedniego leczenia zaczęły ustępować, podejrzenie opierające się na owych trzech punktach okazywało się coraz więcéj uzasadnionem: mimo ustąpienia zapalenia otrzewnéj wątroba i śledziona były zawsze powiększone jak poprzednio, co teraz o wiele łatwiéj było stwierdzić; ślad żółtaczki i ślad barwików żółciowych w moczu nie ustępowały. Co więcéj chory wypytywany dokładniéj dodał do wywiadu poprzedniego jeszcze następujące szczegóły: Prawie od roku miewa on mniéj więcéj co miesiąc, dawniéj nawet częściéj, dość silne krwotoki z nosa; również od tego czasu cierpi dość często (co kilka tygodni) bez wiadoméj przyczyny na ból brzucha i to szczególniéj w okolicy wątroby, trwający kilka godzin i ustępujący zupełnie. Stolce nieregularne (częściéj rozwolnienie niż zatwardzenie) nieodbarwione. Żółtaczki nie zauważył. Odtąd schudł nieco.

Podejrzenia i powątpiewania ustąpiły wreszcie miejsca pewnemu rozpoznaniu choroby głównéj, t. j. *Hepatitis interstitialis hypertrophica*, gdy pacyjent będąc już prawie zupełnie wyleczony z zapalenia otrzewnéj dostał charakterystycznego napadu i to jeszcze w szpitalu. W ostatnim tygodniu pobytu w szpitalu chory pewnego dnia zaczął się skarżyć na ból gniotący, tępy, w okolicy wątroby, któréj wymiary jeszcze się powiększyły; żółtaczka stała się widoczniejszą, a chory od tygodnia bezgorączkowy okazywał temperaturę 38.7° C. W parę godzin ból stał się dość silnym, rozpromieniającym na wszystkie strony a chory dostał wymiotów dość silnych. Po zastrzyknięciu słabego rozczynu morfinu wszystkie te objawy w parę godzin ustąpiły; pacyjent dostał lekkiego rozwolnienia. Stolce nieodbarwione. Na drugi dzień i dni następnych chory miał się znowu względnie dobrze.

Teraz, kiedy już właściwą rozpoznano chorobę, wyjaśniły się owe przyczyny podejrzenia: co do pierwszego, to znaną jest rzeczą, że téj odmianie zapalenia wątroby często towarzyszą ograniczone zapalenia otrzewnéj; z powodu więc téj skłonności, że tak powiem drażliwości otrzewnéj i wątroby, nawet lekkie uderzenie mogło sprowadzić zapalenie tych organów. Żółtaczka zaś i barwiki żółciowe w moczu są prawie stałemi objawami téj choroby a głównym objawem powiększenie wątroby.

Po pięciotygodniowym pobycie w szpitalu chory opuścił go okazując stan następujący: odżywienie nieco podupadło. Barwa skóry szczególniéj na twarzy wyraźnie żółtawa. Stan bezgorączkowy. Język zaledwie nieco obłożony. W płucach i sercu zmian żadnych. — Brzuch w całości nieco tylko wzdęty,

na jego skórze tylko ślad po pijawkach. Przy dotyku okolica wątroby miernie bolesna. Wątroba i śledziona w wymiarach poprzednich; powierzchnia wątroby gładka, brzeg twardy, zaokrąglony. Wymiary żołądka prawie normalne. Stolce prawidłowéj zbitości, nieodbarwione. W moczu ślad barwików żółciowych i mierna ilość moczanów.

Po raz ostatni przybył chory na oddział prof. Jaccouda dnia 17 listopada 1881 r. Wypytywany o szczegóły swego cierpienia od czasu, jak opuścił szpital, opowiada, że w cztery tygodnie dostał znowu takiego napadu i odtąd zauważył żółtaczkę, która już nie ustąpiła aż dotąd. Z powodu napadów podobnych był późniéj dwa razy w szpitalu, (raz „*Charité*“, drugi raz w „*Hôpital Necker*“); innemi razy leczył się w domu. Napady powtarzały się w nieregularnych odstępach co kilka tygodni. Dość często miał rozwolnienie lub wymioty, rzadko zatwardzenie. Krwotok z nosa miał tylko raz. Przy tém chudł widocznie coraz więcéj. Obrzmienie nóg zauważył po raz pierwszy przed miesiącem. Osłabienie i nowy napad sprowadzają go znowu do szpitala.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(K. G.) **Dżuma**. Według obecnie nadeszłych wiadomości epidemija dżumy, która pojawiła się w lecie roku ubiegłego na zachodnich wybrzeżach Eufratu w Mezopotamii była jedną z najsilniejszych, jakie te okolice, jedne z głównych ojczyzn dżumy, od lat wielu nawiedziły. Epidemija ta ustała z końcem lipca. Natomiast (według Lancetu z 17 grudnia) dochodzą z Petersburga wiadomości z dnia 6 grudnia, że przez Rząd otomański zaprzeczone pojawienie się dżumy w Lazistanie na wybrzeżu Anatolii w pobliżu granicy rosyjsko-tureckiéj potwierdza się. Rząd rosyjski celem zasięgnięcia informacyi wysłał 2 lekarzy do Lazistanu i udał się do Rządu otomańskiego z prośbą o wysłanie również 2 lekarzy, aby wspólnie zbadać położenie rzeczy. (*Centralblatt für Gesundheitspfl.* 1882. Zeszyt I).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 15—21 stycznia wzniosła się śmiertelność ogólna w Krakowie z 25,2 do 34,4 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 3, (1 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z błonicy 3 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 2 (1 z. t.); z róży 1 (2 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.). W tygodniu od 21—31 grudnia ospa w Londynie utrzymywała się w jednakowém nasileniu. Leczyło się w szpitalach 521, świeżo zapadło 87, umarło 32. W Wiedniu umarło z ospy 10, w Paryżu 9, w Pradze 8, w Petersburgu 4, w Warszawie 29. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 6, w Londynie, Saragosie, Granadzie po 2. Odra w Chrystyjanii złagodniała, zapadło 291, umarło 24. Krztusiec zagęścił się w Londynie, gdzie skutkiem tejże choroby umarło 124.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 25—31 grudnia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24,8; we Lwowie 33,9; w Poznaniu 31,5; w Wiedniu 29,2; w Pradze 27,5; w Tryjeście 25,1; w Berlinie 25,0; w Wrocławiu 32,7; w Gdańsku 30,2; w Mnichowie 31,0; w Dreźnie 32,4; w Lipsku 23,7; w Bazylei 20,1; w Brukseli 20,4; w Amsterdamie 22,3; w Paryżu 27,1; w Londynie 28,3; w Kopenhadze 25,2; w Stokholmie 19,8; w Chrystyjanii 20,0; w Petersburgu 49,8; w Odesie 27,9; w Wenecyi 28,9; w Walencyi 51,2; w Lizbonie 30,6; w Aleksandryi 34,6; w Nowym Yorku 28,7; w Filadelfii 20,1; w Bombaju 25,5. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 26 stycznia. Na posiedzeniu w dniu 21 bm. odbytém Wydział lek. Uniw. Jagiell. zamianował sekundaryjusza szpitala św. Łazarza Dra Franciszka Murdzieńskiego asystentem kliniki chorób dzieci na lat dwa, drugim zaś asystentem przy katedrze anatomii opisowéj również na 2 lata doktoranda med. Maryjana Skórskiego.

* Towarzystwo lekarskie krak. wybrało jednogłośnie członkiem swym honorowym dyrektora muzeum przemysłowego Dra Adryjana Baranieckiego, uznając liczne jego zasługi dla miasta, kraju i zawodu lekarskiego położone, a w szczególności zasługi, które niedawno w tygodniku naszym podnosiliśmy.

* Dziełko Dra Wł. Lessera, docenta chirurgii w Lipsku, wyszło w Kijowie w tłumaczeniu na język rosyjski, uskutecznioném pod redakcyią Dra Rineka, prof. chirurgii w Uniw. kijowskim św. Włodzimierza. Tytuł tłumaczenia (in 8vo str. 211) opiewa: Dr. L. Lesser, Prywat- Docent po katedrie chirurgii w Leipzigie: Chirurgiczeskaja pomoc w słuczajach ugrożajuszczych żyzni neposredstwennoju opasnostiju. 12 lekcij, czytannych w leipzigskom Uniwersitetie w 1878—1879 godach.“

Dowiadujemy się zarazem, że niezadługo staraniem redakcyi *Gazety Lekarskiéj* ukaże się w Warszawie tłumaczenie polskie tegoż dziełka.

* Kol docent Feigel we Lwowie donosi nam, że od kilku miesięcy pracuje nad „Podręcznikiem medycyny sądowéj,“ który spodziewa się ukończyć za kilka tygodni. Wyjdzie on we Lwowie własnym nakładem autora w objętości 24—25 arkuszy druku.

* Kol. Dr. Rydygier (w Chełmnie) donosi nam, że na żądanie Volkmanna podjął się opracowania w zbiorze wykładów jego rzeczy o częściowém wycięciu żołądka, którą jednak poprzednio ogłosi w Przeglądzie Lek.

* **Wiedeń**. Prof. Arnold w Heidelbergu nie przyjął powołania do Wiednia, przewidując zapewne, że pomimo przyjęcia nie będzie mianowanym.—Tym sposobem nominacyi Kundrata nic nie stoi na przeszkodzie.

Ministerstwo wspólne wojny wyznaczyło na rok 1882 pięć stypendyjów po 500 zla. a dziesięć po 300 zła. dla kandydatów medycyny. Chcący otrzymać jedno z tych stypendyjów winni wykazać: 1) że są obywatelami austryjackimi lub węgierskimi; 2) że nie liczą nad lat 25; 3) że zgłosili się do służby w wojsku; 4) że są stanu wolnego; 5) że prowadzili życie moralne; następnie przedłożyć: 6) świadectwo czynnego lekarza sztabowego, że fizycznie są zdolni do służby wojskowéj; 7) świadectwa ze złożonych 3 egzaminów przyrodniczych, daléj, że uczęszczali na Wydział lek. przynajmniéj przez 6 półroczy; wreszcie 8) rewers, że oprócz obowiązkowéj służby wojskowéj obowiązują się służyć przez lat 6 od dnia otrzymać się mającéj nominacyi na starszego lekarza, ewentualnie do zwrotu kwot pobranych. Ubiegający się o jedno z tych stypendyjów mają przesłać podania swe razem ze świadectwem dojrzałości do Ministerstwa wojny.

Nakładem niezmordowanéj firmy Urbana i Schwarzenberga pojawią się w roku bieżącym następujące nowe dzieła lekarskie: Arndta w Gryfii psychijatryja (25 arkuszy druku), Bernatzika i Vogla farmakologija (30 ark. druku), Eichhorsta patologija i terapija szczegółowa w 2 tomach po 50 arkuszy, Kaposiego patol. i terap. chorób skórnych wydanie 2gie, Kischa balneoterapija (25 ark. dr.), Lewina toksykologija (18 ark.), Löbischa żywienie człowieka zdrowego i chorego (25 ark.), Ludwiga chemija lekarska (25 ark.), Schwimmera dermatozy neuropatyczne, Weissa Massage, wyd. 2gie (10 ark.), Woltzendorffa mniejsze rękoczyny (30 ark.). Nadto nakładem wspomnionych księgarzy wychodzi Encyklopedyja lekarska (9 tomów ukończonych), tygodnik *W. med. Presse*, miesięcznik *W. Klinik* i *Med. chirurg. Rundschau*.

* **Londyn**. Prezes król. kolegijum chirurg. Sir Erasmus Wilson, darował sumę 10,000 funtów (120,000 zła.), celem zaprowadzenia katedry anatomii patolog. w Uniwersytecie w Aberdeen. (*Lancet*).

△ **Nagroda Hammonda**. Towarzystwo neurologów amerykańskich ogłasza konkurs na najlepszą pracę o czynnościach wzgórka wzrokowego. Najlepsza praca otrzyma nagrodę t. zw. „*William A. Hammond Prize*“ 500 dolarów w złocie. Konkurs jest międzynarodowym. Rozprawa ma się opierać na własnych spostrzeżeniach, na doświadczeniach na ludziach i zwierzętach. Może być napisana w języku francuskim, angielskim lub niemieckim, w tym ostatnim tylko głoskami łacińskiemi.— Adres: franco. Dr. E. C. Séguin, 41 West, 20 Street, New-York City. Ostateczny termin do 1 lutego 1882.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. Leidesdorf we Wiedniu otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa w uznaniu wieloletniego działania użytecznego. — Prof. Trendelenburg powołany został do Bonny w miejsce Buscha, a prof. Hegar do Wrocławia w miejsce Spiegelberga. — Prof. Hayem mianowany został profesorem anatomii patologicznéj w Paryżu.—

* **Nekrologija.** D. 22 grudnia r. z. umarł w Wiskitkach Andrzéj Franciszek Wentzel, lekarz b. wojsk polskich w 78 roku życia.

W Nicei umarł Dr. Flaubert, profesor chirurgii w Rouen.

W Bernie morawskiém zmarł d. 21 bm. w 56 roku życia Dr. Aleksander Rittmann, dawniéj prymaryjusz w tamecznym szpitalu powszechnym i okulista praktyczny, autor wielu rozpraw treści historyczno-lekarskiéj, docent prywatny w Akademii technicznéj. W rozprawach swoich R. zdradzał wielką znajomość historyi i filologii z badań jednak swoich wysnuwał wnioski przesadzone, a czasem dziwaczne.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 3: Rejchmanna: Kilka słów o określaniu stopnia i przyrody kwaśności zawartości(!) żołądka; Jeleńskiego: Pogląd krytyczny na skuteczne leczenie tyfusu brzusznego jodkiem potasu (c. d.)—W *Medycynie* Nr. 3: Erlickiego (w Petersburgu): Rzut oka na pierwotne obłąkanie.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie w piątek dnia 3go lutego o godzinie 5téj w Sali Akademii Umiejętn. zwyczajne posiedzenie. Porządek dzienny: Zapowiedziane na ostatniém posiedzeniu wykłady 1) kol. Browicza, 2) kol. Ponikły. 3) kol. Mars okaże kleszcze Tarniera, 4) kol. Obaliński mówić będzie o zatruciu jodoformowém, kol. Browicz przedstawi torbiel jamy brzusznéj.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 4 lutego 1882. № 5. Rok XXI.

I. O oznaczaniu dolnéj granicy żołądka.

(Rzecz wykonana w klinice lek. tudzież w zakładzie anat. patolog. Uniw. Jagiell.)

Napisał Dr. **Stanisław Ponikło**
Docent Uniw. Jagiell. Asystent kliniki lek.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 4).

III. Metoda Rosenbacha badania poziomu płynu w żołądku (głównie w celu oznaczenia dzielności mięśniowéj żołądka).

Wprawdzie postępowanie Rosenbacha (*Zur Diagnose der Magendilatation. Deutsche med. Wochenschr.* 1876, 21, 22) nie ma bezpośrednio na celu oznaczania dolnéj granicy żołądka, pośrednio jednak służy do rozpoznawania „rozszerzenia żołądka.“

Rosenbach wychodzi z bardzo racyjonalnego punktu widzenia, kładąc nacisk na d z i e l n o ś ć m i ę ś n i o w ą ż o ł ą d k a i polecając badanie takowéj w celu rozpoznawania chorobowego powiększenia rozmiarów takowego. Istotnie nie każdy żołądek przedstawiający w chwili badania rozmiary powiększone należy uważać za „chorobowo rozszerzony“ i odwrotnie nie każdy żołądek rozmiarów prawidłowych musi być wolny od cierpienia, które zowiemy rozszerzeniem żołądka (*dilatatio ventriculi*). Żołądek prawidłowy może być przez wypełnianie gazem lub płynem rozszerzony do rozmiarów znaczniejszych. Otóż Rosenbach uważa stan rozszerzenia żołądka za równoznaczny z upośledzonym stanem dzielności mięśniowéj takowego. Dzielność tę zaś Rosenbach poznaje po tém, iż po wlewaniu znaczniejszych ilości płynu poziom płynu podnosi się, gdyż prawidłowo kurczliwe mięśnie żołądka nie dozwalają płynowi rozszerzyć znaczniéj żołądka ku dołowi i na boki; w żołądku zaś rozszerzonym poziom płynu albo pozostaje w mierze przy wpompowaniu większych ilości albo nawet opada.

W celu rozpoznania ustawienia poziomu płynu podaje Rosenbach następujące postępowanie: Wkłada do żołądka zgłębnik elastyczny opatrzony jedném okienkiem, którego górny koniec połączony jest z balonikiem kauczukowym przedłużonym w rurkę kauczukową otwartą. Jeżeli okienko zgłębnika znachodzi się wyżéj poziomu płynu, przy uciśnięciu balonika powstaje „szmer syczący“ pochodzący od przedzierania się wciśniętego powietrza przez okienko zgłębnika jako miejsce względnie węższe; ugniatając balonik i równocześnie osłuchując okolicę dołka podsercowego można szmer ten bardzo wyraźnie słyszeć. Gdy zaś okienko zgłębnika znajduje się w samym poziomie płynu (*„gewissermassen streift die Oberfläche der Flüssigkeit“*), słychać „drobne pluskanie“ (*plätscherndes Geräusch*), gdy zaś zgłębnik zanurzy się dobrze w płyn nagromadzony w żołądku, powstaje „pluskanie grube,“ często z podźwiękiem metalicznym, polegające na nagłém dostawaniu się powietrza w środek płynu. Rosenbach notuje tedy długość wprowadzonego zgłębnika od zębów w chwili powstawania podanych zjawisk przysłuchowych. Jeżeli np. (p. fig. 3), w danym przypadku po wypiciu np.

Fig. 3.



500·00 płynu trzeba było zgłębnik wprowadzić na 58 cm. od zębów, aby otrzymać „drobne pluskanie,“ świadczące o stykaniu się okienka zgłębnika z poziomem płynu, a po do-

daniu dalszych 300·00 płynu (razem 800·00) tylko na 56 cm., to ztąd wynika, iż poziom płynu po dodaniu 300·00 płynu podniósł się o 2 cm.; zarazem świadczy to o prawidłowéj dzielności mięśni żołądkowych, które nie dozwoliły żołądkowi rozszerzyć się pod naciskiem znaczniejszych ilości płynu. (v. krytyka Jürgensena l. c. liter.)

Myśl zasadnicza Rosenbacha jest bardzo dobra. Jednak trudno się zgodzić z jego zapatrywaniem, iż metoda ta jest łatwą do wykonania i dla badanych prawie obojętną. Jest ona przeciwnie nadzwyczaj skomplikowaną, wymaga zupełnego spokoju ze strony chorego i daje wyniki dość względne. Doświadczałem téj metody w kilku przypadkach, lecz w każdym było postępowanie to dla chorych nadzwyczaj przykre, nawet dla takich, którzy do wprowadzania zgłębnika byli przyzwyczajeni.

1) Doświadczenie na zwłokach: N. N., mężczyzna, lat 18. Włożono zgłębnik przez otwór uskuteczniony w przełyku i zwłoki ułożono w położeniu stojącém. Wpompowano 500·00 płynn. Zatknięto na górny koniec balonik. Trzy rodzaje szmerów podanych przez Rosenbacha można było przy auskultacyi wysłuchać z łatwością w miarę różnego stanu zgłębnika włożonego. Poziom płynu po wpompowaniu dalszych 500·00 płynu pozostał ten sam.— Dolna granica żołądka obniżyła się (jak przez opukiwanie stwierdzono).

2) Doświadczenie na chorym. M. K., l. 44. Włożono zgłębnik i przez takowy za pomocą lejka wlano 500·00 płynu; następnie założono na górny koniec zgłębnika balonik kauczukowy. Trzeba było zgłębnik wsunąć na 60 cm. od zębów, aby powstało pluskanie. Takowe dało się z łatwością wybadać i było przy osłuchiwaniu wcale wyraźnie słyszalne. Dolna granica stłumienia od płynu pochodzącego znachodzi się na 6 cm. poniżéj poziomu płynu. Po dolaniu dalszych 500·00 płynu poziom płynu pozostał w téj saméj wysokości a dolna granica obniżyła się o 2 cm.

3) S. R., l. 37. *Hypochondria.* Wprowadzono zgłębnik sztywny, który wszedł z łatwością na .1 cm. i dał się wymacać na lewo od pępka 2 cm. wyżéj poziomu takowego. Następnie wlano za pomocą lejka 500·00 płynu. Przy wprowadzeniu zgłębnika na 58 cm. przechodził szmer syczący w „drobne pluskanie,“ świadczące o znachodzeniu się okienka zgłębnika w poziomie płynu. Po wlaniu dalszych 500·00 płynu poziom płynu podniósł się o 2 cm. (długość zgłębnika 56 cm.).

Stłumienie odpowiednie płynowi wybadano przy opukiwaniu w pozycyi stojącéj; było ono zgodne z wynikiem doświadczenia.

Nakoniec porównaj d. 7 powyżéj str. 42.

Wnioski: 1) Zwracanie uwagi na dzielność mięśniową żołądka przy badaniu rozmiarów takowego jest bardzo cennem w celu rozpoznawczym.

2) Metodą Rosenbacha przy użyciu zgłębnika sztywnego i przy pewném przyzwyczajeniu chorego do wprowadzania zgłębnika daje się w przybliżeniu poziom płynu oznaczyć.

3) Zasada, iż w żołądku prawidłowym poziom płynu przy wlewaniu coraz większych ilości takowego się podnosi, w żołądku zaś rozszerzonym pozostaje w téj saméj wysokości lub opada, jest słuszną.

4) Metoda jednak Rosenbacha jest zbyt skomplikowana i dla tego mało praktyczna [1]).

[1]) Poziom płynu da się bardzo łatwo, a w sposób mniéj przykry dla chorego stwierdzić metodą Neubauera (J. W. Neubauer „*Beiträge zur Beurteilung der Capacität des Magens*), polegającéj na zasadzie naczyń spółkujących: zgłębnik włożony do żołądka łączy się z rurką kauczukową zakończoną wygiętą rurką szklaną. Stan płynu w rurce wskazuje wysokość poziomu płynu w żołądku. Również zmianę poziomu płynu przy wypełnianiu żołądka różnemi ilościami płynu można łatwo tym sposobem stwierdzić. Lub téż do tego samego celu dojść można metodą Fleischera, polegającą na zmianie ciśnienia powietrza w zgłębniku w następstwie dostania się takowego do płynu; w tym celu przytwierdza się do górnego końca zgłębnika mały szklany manometr; skoro tylko okienko zgłębnika pocznie zagłębiać się w płynie, manometr wskaże podwyższone ciśnienie z powodu zgęszczenia powietrza w zgłębniku. Metod tych bliżéj nie omawiam, gdyż z oznaczeniem dolnéj granicy żołądka nie mają nic wspólnego.

IV. Sposób oznaczania dolnéj granicy żołądka wedle Schreibera (v. literat.)

Postępowanie Schreibera jest następujące: Do dolnego końca zwykłego zgłębnika żołądkowego, zaopatrzonego od góry kurkiem do zamykania przytwierdza się mały balonik gumowy bardzo cienki; zgłębnik taki opatrzony balonikiem wprowadza się do żołądka i w żołądku przez dmuchanie w górny koniec zgłębnika wydyma, poczém się kurkiem zgłębnik szczelnie zamyka.—Przez to wywołuje się w jamie żołądka niejako sztuczny obrzęk, który częstokroć (przy znaczniejszém wydęciu balonika) zarysowuje się przez powłoki brzuszne, a nawet przy wiotkości powłok brzusznych daje się przez takowe z łatwością wymacać. Po ułożeniu balonika mamy tedy rozpoznać ustawienie dolnéj granicy żołądka. Schreiber twierdzi, iż wprowadzenie zgłębnika opatrzonego balonikiem nie przedstawia większych trudności, ani nie jest przykrzejszém dla chorego od wprowadzenia zwykłego zgłębnika żołądkowego i że wydęty balonik w większości przypadków daje się wybadać przez powłoki brzuszne.

Uskuteczniłem kilka doświadczeń tak na zwłokach jak na chorych, te jednakowoż wcale mnie nie zachęcają do czynienia dalszych prób w tym kierunku. Przedewszystkiém stwierdziłem, iż wprowadzenie zgłębnika z balonikiem, który chociażby był najcieńszy (bardzo cienki być nie może, gdyżby łatwo mógł pęknąć skutkiem wydymania) fałduje się około zgłębnika, jest dla chorych bardzo przykre. Akt wydymania, abstrahując od fantastyczności całego postępowania, równie nie miłe czyni na chorych wrażenie i zdarzyło mi się, iż pacyjenci, którzy znosili dobrze wprowadzanie zwykłego zgłębnika, stanowczo nie zezwalali na powtórzenie doświadczenia wedle Schreibera. Nadto (punkt nieposledniéj wagi) chory po wprowadzeniu zgłębnika, które się wykonywa w pozycyi stojącéj, musi przybrać pozycyję na wznak, gdyż inaczéj przy napięciu mięśni brzusznych obrzęk pochodzący od balonika przez powłoki brzuszne wybadać się nie da.

1) Doświadczenie na zwłokach. S. G., l. 20. Włożono zgłębnik opatrzony balonikiem do żołądka i takowy wydęto. Zgłębnik dał się wymacać na 1 cm. po nad pępkiem w linii środkowéj. Nastąpiło wypuklenie się powłok brzusznych w okolicy żołądka, sięgające od dołu do poziomu pępka. Przy opukiwaniu otrzymano nad miejscem przez balonik wypuklonem odgłos wypukowy bębenkowy nizki, przechodzący poniżéj w odgłos znacznie wyższy.

Sekcyja wykazała, iż balonik był wydęty do 12 cm. w średnicy i przylegał ze wszystkich stron do ścian żołądka.

2) Doświadczenie na zwłokach. N. N., l. 40. Wprowadzono zgłębnik z balonikiem i takowy wydymano stopniowo za pomocą pompy Leitera. Zwolna wypuklały się ściany brzuszne, lecz kontury wydętego balonika stały się nieco widoczne dopiero przy znacznem napięciu takowego. Dolna

granica balonika dała się wymacać mniéj więcéj na 1 cm. wyżéj poziomu pępka. Sekcyja wykazała, że balonik był znacznie wydęty, do rozmiarów głowy dziecka. (Przy mniejszém wydęciu nie dał się wymacać).

3) Doświadczenie na chorym. L. G., l. 27. *Vomitus nervosus.* Nie zbyt łatwo (choremu przez kilka dni poprzednio wypłukiwano żołądek) wprowadzono zgłębnik z balonikiem i takowy wydęto. Następnie kazano choremu położyć się na wznak. Nastąpiło lekkie wypuklenie powłok brzusznych w okolicy żołądka, lecz nie można było takowego dokładnie odgraniczyć. Dokładnego wyobrażenia o ustawieniu dolnéj granicy żołądka nie powzięto po tém badaniu. — Daleko łatwiéj oznaczono u tegoż samego chorego dolną granicę żołądka po wydęciu takowego kwasem węglowym tudzież po wypełnieniu płynem.

2) Doświadczenie na chorym. J. P. l. 36. *Catarrhus ventriculi chronicus.* Wprowadzono zgłębnik Nr. 12, opatrzony na końcu balonikiem. Takowy wydęto. Żołądek wypuklił się wyraźnie; na 3 cm. powyżéj pępka można było wymacać kontury balonika. (P. fig. 4).

Fig. 4.



Jan Paliński, l. 36.— *Catarrhus ventriculi chronicus.*
ab = 3 cm.
t wydęty pęcherzyk na sondzie przytwierdzony.
cd wywnioskowana dolna granica żołądka.

Chociażby nawet postępowanie Schreibera dało się w każdym przypadku wykonać bez trudności, to daje nam wyniki bardzo względne. Przy znaczniejszém wydęciu żołądka wskazuje ta metoda dolną granicę żołądka niższą, niż rzeczywistą. Żołądek w całości się powiększa, gdyż gaz znachodzący się w żołądku wydyma żołądek około balonika, nie jest przeto w stanie dać wyników pewniejszych i dokładniejszych, jak wydymanie żołądka proszkiem burzącym, które daleko łatwiéj wykonać się daje.

Wnioski: 1) Badanie dolnéj granicy żołądka metodą Schreibera jest zawikłane, a częstokroć bardzo trudne do wykonania.

2) Daje wyniki względniejsze, niż wypełnianie żołądka kwasem węglowym wedle Wagnera. (C. d. n.)

II. O zmianach wziernikowych w oczach królików w przypadkach ogólnego zakażenia wąglikowego.

Podał Dr. E. Machek,
Asystent kliniki okulist. w Uniw. Jagiell.

(Rzecz miana w sekcyi medycyny wewnętrznéj III Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich).

(Dokończenie. Patrz Nr. 3).

Zanim przystąpię do wytłumaczenia zmian wziernikowych, powstałych skutkiem zakażenia organizmu wąglikiem, wspomnieć muszę, iż starałem się zbadać, czy ischemija siatkówki nie powstaje, przynajmniéj w pewnéj części, skutkiem osłabienia czynności serca, albo czy, nie wchodząc już w przyczynę, nie napotykamy jéj w ogólności u konających zwierząt i ludzi w ostatnich godzinach życia. Badania pod tym względem przedstawiają z tego powodu trudności, że trudno o materyjał odpowiedni, a w przypadkach choroby trudno przewidzieć czas zgonu, idzie zaś właśnie o to, aby badać kilka godzin przed śmiercią. Pomimo to stwierdzić mogłem, iż króliki umierając na gruźlicę (jeden przypadek, sekcyję robił Dr. Szpilmann), na septykemiję (trzy przypadki), a nawet skutkiem upustu krwi z żył, nie okazują przed śmiercią objawów niedokrewności dna oka, z wyjątkiem chwil ostatnich, w których czynność serca ustaje. W trzech przypadkach septykemii, o których wspomniałem, powstała choroba skutkiem wszczepienia już gnijącego miąższu śledziony. W tych przypadkach laseczników we krwi wykazać nie można było, lecz natomiast poruszały się we krwi tysiące mono- i diplokoków. Zrządził wreszcie przypadek, iż dziewczynka dziesięcioletnia, u któréj szukałem gruzełków w naczyniówce, umarła w obecności kilku kolegów podczas oftalmoskopowania. Dno oka było jeszcze kilka chwil przed śmiercią prawidłowe, z ustaniem bicia serca znikły tętnice, a żyły wyglądały jakby poprzerywane. Z tych spostrzeżeń wynika, że anemija dna oka nie należy do zmian przedśmiertnych.

Wytłumaczenie zmian wziernikowych obu jak najwyraźniéj od siebie różniących się okresów nie przedstawia trudności w obec dzisiejszego stanu patologii lasecznika wąglikowego. W pierwszym okresie stwierdzić można, że naczynia stają się ciemniejsze i wyraźniejsze. Jeżeli na dnie oka spostrzegamy drobne gałązki naczyń krwionośnych, których poprzednio widać nie było, może to mieć przyczynę podwójną. Naprzód dzieje się to tam, gdzie naczynia w całym swoim przebiegu grubieją, a drobne rozgałęzienia, poprzednio z powodu swojéj włosowatości (cienkości) niewidoczne, teraz po ich zgrubieniu dokładnie rozpoznać można. Tak się ma rzecz w przypadkach przekrwienia. Drugą przyczyną może być ściemnienie krwi, skutkiem którego jéj słupek téj samej grubości więcéj czerwonych promieni odbija niż poprzednio. Otóż pewna ilość drobnych gałązek, które przedtém za mało odbijały promieni czerwonych, aby je jako takie rozpoznać, staje się widoczną mimo niezmiennéj grubości. Zgrubienie naczyń, powstałe skutkiem przekrwienia, łączy się z ich pokręceniem a wypukłości i wklęsłości tylko wyjątkowo pozostają w płaszczyźnie siatkówki, najczęściéj zaś zwrócone są ku ciałku szklanemu. Im więcéj naczynia ku przodowi się wznoszą i im stromiej spadają, tém więcéj widzimy je patrząc z przodu w skróceniu a słup krwi jest tém grubszy i tém ciemniejszy. Ztąd pochodzi, że w przypadkach przekrwienia widzimy jaśniejsze i ciemniejsze miejsca w przebiegu naczyń; jaśniejsze tam, gdzie zakrzywienie jest ku nam albo od nas zwrócone, ciemniejsze zaś tam, gdzie się naczynia w głąb pogrążają albo ku ciałku szklanemu wznoszą. Tego pokręcenia naczyń, a w ogólności lekkiego nawet zgrubienia, dojrzeć nie mogłem; nie mieliśmy więc do czynienia z przekrwieniem lecz z ściemnieniem krwi, które powstać może tylko skutkiem jéj przesycenia kwasem węglowym. W tym okresie dość często już w wielkim obiegu krwi napotykaliśmy laseczniki wąglikowe, a zawsze znajdowała się wielka ich ilość w okolicy rany. W tym więc okresie znajduje się w organizmie już tak wielka ich ilość, że

sprowadzają desoksydacyję krwi pozbawiając ją tlenu do utrzymania życia niezbędnego.

Opierając się na badaniach Toussainta i Bollingera nie trudno wytłumaczyć także zmiany wziernikowe drugiego okresu. Zaszczepione laseczniki rozmnażają się w otoczeniu rany szczepienia i dostają się do naczyń chłonnych a wreszcie przez przewód piersiowy do żył wielkich. Teraz krew żylna, w któréj się spora ilość laseczników znajduje, przejść musi przez układ płucnych naczyń włosowatych. Skutkiem rozmaitéj szerokości tychże pewna część laseczników dostaje się do lewéj komory serca i do wielkiego obiegu, lecz znacznie większa ich część tworzy w naczyniach włosowatych płuc zatory, które przy sekcyi w każdym przypadku wykazać można. Zatory nadają płucom bardzo charakterystyczne mikroskopijne wejrzenie. Im większa ilość naczyń włosowatych płuc jest zaczopowaną, tém trudniéj dostaje się krew z prawego serca i wielkich żył ustroju do wielkiego obiegu, tém mniéj krwi w tętnicach, a tém więcéj w żyłach. Ztąd coraz większe przekrwienie żylne, a coraz węższe tętnice; nic więc dziwnego, że tętnice oka są w wysokim stopniu zwężone. Krew nagromadza się w tych żyłach, w których najmniejszy opór ma do przezwyciężenia, a więc w tych, które bliżéj serca są położone, a w których, jak wiadomo, parcie ościenne może być nawet ujemne, a wreszcie w grubszych żyłach podskórnych. Zastój żylny nie jest jednakże tak znaczny, aby dochodził aż do naczyń żylnych oka. Zdaje się wreszcie, że w wysokim stopniu elastyczna twardówka królicza (ucisk śródoczny) przyczynia się do tego, iż w żyłach ocznych krew się nie nagromadza, i że we wszystkich innych żyłach łatwiéj może powstać b i e r n e przekrwienie niż właśnie w żyłach ocznych. To mechaniczne tłumaczenie anemii w żyłach jest, jak mi się zdaje, najwłaściwsze. Przypływ krwi jest zmniejszony, odpływ nie napotyka na żadne trudności, jak np. w jaskrze albo w przypadkach zapalenia nerwu wzrokowego, a elastyczność twardówki ułatwia odpływ. Że wreszcie wpływy mechaniczne mają przewagę nad nerwowemi, wynika już i ztąd, że napięcie gałek ocznych w okresie anemii jest zmniejszone. Ponieważ śmierć, pomijając zatory w ośrodkach bicia serca i oddechania *(Herz- und Athmungscentren)*, następuje skutkiem duszenia się, przyczém parcie ościenne w naczyniach się wzmaga a ucisk śródoczny podnosi *(Fick, Physiol. Optik* p. 34) gałki oczne musiałyby więc być od chwili ściemnienia krwi twardsze a nie miększe, gdyby na to przeważnie zmniejszony przypływ krwi nie działał.

Wyniki powyższych badań budzą zajęcie okulisty nietylko z tego powodu, że ze zmian wziernikiem widocznych można wnosić o zmianach w systemie krążenia, lecz także dla tego, że ostra choroba krwi objawia się w oku. Doniosłość tych badań, odniesiona do zwierząt, ma tylko teoretyczną wartość, może jednak znaleźć także zastósowanie w medycynie ludzkiéj. Wprawdzie człowiek i zwierzęta żyjące rozmaitemi pokarmami *(Omnivora)* nie mają skłonności do ogólnego zakażenia wąglikowego, skutkiem czego w przypadkach dostania się laseczników do ich ustroju powstają tylko miejscowe choroby *(anthrax)*, mające znaczenie chirurgiczne, jednak pewną jest rzeczą, że także i ogólne zakażenie wąglikowe u człowieka napotykamy. I tak wykazali laseczniki wąglikowe we krwi ludzkiéj w przypadkach wąglika jelit *(Mycosis intestinalis* patologów) Davaine, Gayet, Stone, Buhl, Waldeyer, Müller (Ziemssen. Bollinger *Infectionen durch thierische Gifte* p. 544) i Oemler *Archiv für wissenschft. Thierheilkunde* 1877). Bollinger (j. w. p. 537) twierdzi, że ten rodzaj ogólnego zakażenia „częściéj się zdarza niż dotąd sądzono“, tudzież że przypadki odnośne dla tego uchodzą uwagi lekarzy, iż przebieg choroby i endemiczne jéj występowanie podobne są do *cholera nostras.* Wyniki powyższych badań mogłyby więc znaleźć także zastósowanie w medycynie ludzkiéj.

III. Oceny i sprawozdania.

L e y d e n: **Myocarditis po dyfteryi.**

Prof. L e y d e n zwraca uwagę na wartość przedmiotu, który dotąd najczęściéj uchodził uwagi. B r e t o n n e a u, w znakomitej swej pracy o dyfteryi, nic jeszcze nie wspomina o wpływie téj choroby na serce. Jego uczeń T r o u s s e a u spostrzegł, że w dyfteryi występują niekiedy objawy bezdechu, nie stojące wcale w dostatecznym związku przyczynowym ze zmianami w drogach oddechowych. Widział on, że niekiedy chorzy, na których już kilka dni przedtém wykonano tracheotomiję, ginęli pośród objawów duszności. Dalsze spostrzeżenia w tym rodzaju doprowadziły zwolna do mniemania, że przyczyną śmierci w takich przypadkach jest osłabienie czynności serca. Leyden przypomina, że nie jednokrotnie się zdarza, że dzieci silne, z procesem dyfterytycznym stosunkowo mało rozwiniętym, ograniczonym, okazują objawy zapadu, tętno nikłe, chyże, duszność, i giną niekiedy pośród tych objawów. Te objawy ze strony serca skłoniły do poszukiwań anatomicznych w tym narządzie. Pierwszy ogłosił spostrzeżenie przed 20 laty Winckel w Salzburgu. Był on zdania, że przyczyną osłabienia czynności serca są skrzepy krwi, przez niego polipowatemi nazwane. W 10 lat później znów we Wiedniu poruszono tę samą kwestyję. I tutaj osądzono, że przyczyną zapadu jest zakrzep krwi w sercu *(Herzthrombosen)*. Spostrzeżenia, szczególniéj we Francyi, z każdym rokiem wzrastały, przypuszczano przeważnie, że przyczyną zapadu są owe zaskrzepy, które niektórzy tłumaczyli podobnym procesem w sercu, jaki się w tchawicy i oskrzelach odgrywał. Zwolna dopiero przyszli badacze do tego, że się przekonali, że zakrzepy w sercu tworzą się *post mortem*, że przyczyną ich jest rozszerzenie serca.

Bouchut wystąpił z innėm zapatrywaniem. Twierdził on, że przyczyną śmiertelnego zejścia w tych przypadkach jest *Endocarditis granulosa miliaris.*

Teoryja Bouchuta była przyczyną nowych, dokładnych badań mikroskopowych mięśnia sercowego. Ranvier i inni wykazali stłuszczenie mięśnia sercowego, wprawdzie w dość ograniczonym stopniu. W Niemczech pracował w tym kierunku głównie Mosler.

Leyden opisuje trzy przypadki, które mogą się czémkolwiek przyczynić do wyjaśnienia, dotąd niezupełnie rozstrzygniętéj kwestyi. Pierwszy przypadek dotyczy dziecka, zmarłego pośród objawów zapadu. Badanie drobnowidowe serca wykazało zwyrodnienie tłuszczowe mięśnia sercowego, a przytém nader obfite bujanie ziarninowe na około naczyń, we włóknach zaś mięśniowych wybitną proliferacyję komórek. Badanie więc to wykazuje znamiona zapalne. W drugim przypadku 30-letni mężczyzna zachorował na dyfteryję z objawami zapadu. Wyzdrowiał, ale osłabienie pozostało. Wkrótce znów zapadł niebezpiecznie. Znaleziono teraz mierne pora-

żenie podniebienia miękkiego, ogólne osłabienie mięśniowe, kaszel i duszność. W płucach dają się wykazać objawy *broncho-pneumonii*. W sercu fizycznie nic nie można wykazać; osłabienie jednak czynności widoczne, tętno małe, słabe. Po naparstnicy krótko trwające polepszenie. W kilka dni potém nagle występują wymioty, duszność, sinica, śmierć. Badanie drobnowidowe wykazuje zaledwie ślad zwyrodnienia tłuszczowego. Wyraźne ślady Myokarditis, uwidoczniające się niewielką lecz liczną proliferacyją komórkową pomiędzy włóknami mięśniowemi. Prócz tego objawy poprzedniéj choroby: utrata w istocie mięśniowej serca, miejscami ścięgniste, zanikowe ogniska, w nich złogi barwika i liczne proliferacyje komórek.

Trzeci przypadek. Chłopiec 14-letni dostał dyfteryi i umarł w dwudziestym pierwszym dniu choroby. Przebył on właściwie proces dyfterytyczny, lecz rekonwalescencyja nie nastąpiła jak się należy. Chory pozostał osłabionym. Potém wystąpiły: porażenie podniebienia, hydrops, objawy rozszerzenia serca, tętno nader chyże *(Gallopprhytmus)*. Sekcyja wykazała dość znaczne powiększenie szczególniéj lewego przedsionka; przy poszukiwaniu drobnowidowém znaleziono ślady zwyrodnienia tłuszczowego, dość rozległą, lecz niejednostajnie rozmieszczoną Myokarditis. Istota mięśniowa częściowo zupełnie zanikła, na granicach wiązek mięśniowych małe ogniska z miernem bujaniem jąderek i złogami barwikowemi, między włóknami mięśniowemi i do koła naczyń obfite bujanie ziarninowe.

Wypadek tych trzech sekcyj jest dostatecznym dowodem, że Myokarditis może w istocie wystąpić jako powikłanie dyfteryi. Zapad nie jest wywołany przejściowém zboczeniem w odżywianiu, lecz groźnym, długotrwałym chorobowym procesem w sercu, który wymaga wielkiéj baczności. Przyczyna tego procesu chorobowego dotąd nie znana, ale zdaje się polegać na zakażeniu grzybkami, podobnie jak się to ma rzecz z zapaleniem nerek w dyfteryi.

Ze względu na terapiję praktyczną trzeba tutaj wprost wyznać, że w przypadkach dyfteryi, w których osłabienie akcyi serca nagle wystąpi, o leczeniu nie może być mowy, rokowanie jest bezwarunkowo złe. Czy zbadanie dokładniejsze tego stanu chorobowego będzie w stanie nadal położyć tamę temu złemu, musi na teraz pozostać nierozstrzygniętém. Osłabienie akcyi serca, występujące w późniejszych okresach choroby, w czasie rekonwalescencyi, w okresie porażeń, jest o wiele wdzięczniejszém do leczenia, a i prognoza jest tutaj bezwarunkowo lepszą. Osłabienie to w tym okresie znamionuje się dusznością, nieregularném tętnem, biciem serca itp. Tutaj jest konieczną bezustanna baczność, aby natychmiast być w możności pokonania występujących objawów zapadu. Choremu należy zalecić spokój zupełny i używanie w odpowiedni sposób naparstnicy. W tych przypadkach przy odpowiedniém leczeniu można się często spodziewać pomyślnego przebiegu. (*W. med. Presse*, 1882, Nr. 4). *Dr. Kopff.*

Prof. Semmola (w Neapolu): **O istocie choroby Brighta.**

Autor już od lat wielu stara się dowieść, że w chorobie Brighta nastaje w białku krwi, skutkiem upośledzonéj czynności skóry, pewna zmiana chemiczno-drobinowa, w następstwie czego białko to niemogące się ani zasymilować ani spalić, musi być wydalonem z ciała jako coś obcego; to ma stanowić istotę choroby Brighta.

Semmola już dawniéj starał się wykazać różnicę między białkiem choroby Brighta a białkiem pojawiającém się w moczu w przebiegu innych chorób. Badania w tym kierunku nie doprowadziły do rozstrzygającego rezultatu, chociaż zdaniem autora badacz doświadczony może z samego wejrzenia osadu białkowego w moczu odróżnić chorobę Brighta od innych. Że w chorobie Brighta już pierwotnie białko krwi ulega pewnym zmianom chemiczno-drobinowym, ma dowodzić fakt wykazany przez Semmolę, że białko to w chorobie wzmiankowanéj okazuje mniéj lub więcéj znaczny stopień bezpośredniéj (w surowicy krwi) dyfuzyi, gdy białko krwi prawidłowéj, tudzież w innych chorobach białkomoczowych, nie dyfunduje wcale, daléj że w chorobie Brighta nietylko wydzielina nerek zawiera białko, ale także żółć, pot i ślina. Choroba Brighta jest chorobą odżywczą ogólną, wywołaną zmianami w drobinowym składzie białka krwi; zmiany w nerkach są dopiero następstwem powyższego zboczenia w odżywieniu i zależą: 1. od upośledzonego krążenia krwi w skórze,— przekrwienie nerek, 2. od drażnienia miąższu nerkowego przez nagromadzone we krwi składniki wydzieliny skórnéj, 3. od wygórowanéj czynności nerek celem wydalenia z krwi nieużytecznego i szkodliwego białka. Wszystkie inne choroby połączone z białkomoczem (nerka zastoinowa, skrobiowata itd.) należy oddzielić od istotnéj choroby Brighta w powyższém znaczeniu. *(Allg. W. med. Ztg.* 1882, Nr. 3).

Dr. Smoleński (Jaworze).

Albrecht: **Wdechiwanie chemicznie czystego tlenu, celem pobudzenia przemiany pierwiastków w błednicy, niedokrewności i rekonwalescencyi.**

A. opierając się na doświadczeniach robionych we francuskich szpitalach i na własnych $1\frac{1}{2}$-rocznych doświadczeniach, zaleca używanie tlenu w chorobach, wymagających przyspieszenia przemiany pierwiastków.

Od czasu odkrycia tlenu przez Priestleya, 1go sierpnia 1774 roku, próbowano niejednokrotnie zastósować gaz ten do celów leczniczych. Priestley, który sam na sobie robił z tym pierwiastkiem doświadczenia, pisze, że wdechiwanie kwasorodu sprawiało mu ogromną ulgę. W r. 1790, profesor chemii Beddoes założył w Oxfordzie osobny budynek dla leczenia chorób płucnych wziewaniami tlenu. Popierał go w tym przedsięwzięciu słynny fizyk James Watt. Metoda ta rozpowszechniła się i we Francyi, a nawet w Niemczech, lecz wkrótce, z powodu nader podówczas kosztownego sposobu wydobywania tlenu, porzuconą została. W blizko pół wieku późniéj znów zaczęto robić doświadczenia z działaniem tlenu. Zajmowali się tym przedmiotem głównie Demarquay, Lecoute, Kl. Bernard i inni. W r. 1864 Demarquay i Lecoute ogłosili swoje w tym względzie spostrzeżenia. Według tych autorów zwierzęta przebywały po 15 do 18 godzin w tlenie bez uszczerbku dla zdrowia. Widoczném było tylko znaczne podniecenie, szczególniéj w układzie naczyniowym, i bardzo silne pobudzenie apetytu. Człowiek może bez szkody wdechiwać po 20, 30 a nawet więcéj litrów tlenu. Przy tém uczuwa się pewnego rodzaju lekkość, nawet podniecenie, które się może wzmódz aż do objawów upicia. Ogólnym objawem było ogromne podniecenie apetytu. Demarquay uważa za przeciwskazanie do używania oddechania tlenem usposobienie do krwotoków, choroby układu naczyniowego itp. Najodpowiedniejszą porą do wdechiwań jest zdaniem Kl. Bernarda przedpołudnie, bo na czczo o wiele łatwiéj się pochłania tlen,

niż po obfitym posiłku. Na podstawie tych spostrzeżeń stosowano wdechiwanie tlenu w chlorozie, suchotach płucnych (w początkach), niestrawności, niedokrewności, cukromoczu, zamartwicy. Hayem używał tlenu w dyspepsyi chlorotycznych i uważał, że odżywienie chorych znacznie się poprawiało, że preparata żelazne, przedtém trudno strawne, bez skutku używane, chorzy o wiele łatwiéj znosili i skutek po nich był widoczniejszym.

Albrecht jest zdania, że tylko chemicznie czysty tlen można użyć w celach leczniczych. Na poparcie przytacza różne obce spostrzeżenia, jak Chaptala, który widział po kilkokrotnych wdechiwaniach tlenu występowanie ślinotoku. Chaptal używał, jak to wówczas się zwykle robiło, do otrzymania tlenu niedokwasu rtęci.

Obecnie najpowszechniéj wydobywa się tlen z chloranu potasowego. Sposobu tego używa także Limousin w Paryżu, wynalazca odpowiedniego narządu do wdechiwania tlenu. Limousin daje do retorty z lanego żelaza mieszaninę 100 gr. chem. czyst. chloranu potasowego z 40 gr. nadniedokwasu manganezu. Retortę zamyka się za pomocą nakrywki wkręcanéj i ogrzewa nad lampą spirytusową. Wywiązujący się tlen przechodzi przez opłóczkę, zawierającą słaby roztwór ługu potasowego (dla zatrzymania domięszanego chloru, kwasu chlorowego itd.) i dostaje się do worka gutaperkowego, mogącego pomieścić do 30 litrów gazu. Przyrząd ten jest bardzo bezpieczny i łatwy do użycia. Chory wciąga z worka nosem tlen i zatrzymuje go jak najdłużéj w płucach. Skoro czynność ta znuży trochę, należy chwilę odpocząć. Ilość tlenu, któréj się używa do wdechiwań, zależy od ustroju chorego. Z początku najlepiéj nie używać więcéj nad 10 do 15 litrów.

Według Albrechta występują następujące objawy skutkiem wdechiwań tlenu: 1) Ciepłota ciała podnosi się ku końcowi aplikacyi o kilka dziesiętnych, 2) tętno i liczba oddechów zwiększa się, 3) u anemicznych po zużyciu koło 20 litrów tlenu występują objawy podniecenia umysłowego, pewien rodzaj upicia się, niektórzy doświadczają przytém uczucia mrowienia w członkach, 4) bez wyjątku wzmaga się apetyt, 5) wydzielanie mocznika zwiększa się, 6) ciężar ciała staje się większym, 7) ilość ciałek czerwonych krwi wzmaga się, 8) podobnież ilość hemoglobiny krwi. *(Allg. med. Centr. Ztg.*, 1882, Nr. 4). *Dr. Kopff.*

Schede: **Przyczynek do otrucia jodoformowego.**

W chwili wprowadzenia jodoformu w praktykę chirurgiczną przez Mosetiga i Mikulicza środek ten zyskał w krótkim czasie bardzo znaczne rozpowszechnienie i zewsząd chwalono tylko dobre skutki nowego leku. Wkrótce jednak przekonano się, że jodoform nie jest wcale środkiem tak niewinnym, jak to mniemano z początku, a Schede w artykule swym zwraca uwagę chirurgów na następne niebezpieczeństwa grożące po zastosowaniu opatrunku jodoformowego.

Dla wielu osób jodoform jest zupełnie nieszkodliwy, u niektórych ludzi jednak istnieje pewna idijosynkrazyja, która lek ten czyni tém niebezpieczniejszym, iż nie mamy żadnych danych, któreby już zawczasu nakazywały ostrożne stosowanie jodoformu, w innych przypadkach środek ten zdaje się działać zbiorowo, objawy zatrucia występują w takich razach nagle i tak gwałtownie, że nawet natychmiastowe usunięcie opatrunku jodoformowego nie może często wstrzymać wyniku śmiertelnego.

Na podstawie swego bardzo obszernego doświadczenia podaje Sch. następujące objawy zatrucia jodoformem. Ciepłota ciała podnieść się może znacznie aż do 40°C., przyczém jednak stan ogólny chorego wcale nie cierpi. Gorączka ta może wystąpić bezpośrednio po zastosowaniu jodoformu i powtarzać się po każdorazowym opatrunku, nie wywołując żadnych złych następstw.

W innych przypadkach występują już ważniejsze zmiany: chory jest przygnębiony, cierpi ból głowy, brak apetytu, tętno jego częste, małe i miękkie. Zboczenia te ustępują szybko po usunięciu jodoformu. Dalszym objawem zatrucia może być tętno nadzwyczaj szybkie, 150—180 na minutę, przytém gorączka tylko przemijająca lub brak jéj zupełny. Stan ogólny chorego mało zmieniony, objawy jednak powyższe zmuszają do natychmiastowego usunięcia jodoformu, gdyż w tych przypadkach niebezpieczeństwo dla chorego już jest bardzo znaczne.

Po czwarte uważał Sch. tętno bardzo częste w obec odpowiednio wysokiéj gorączki. Stan ten pomięszaćby można z gnilicą; jednak długie trwanie choroby, wolne sensoryjum; język wilgotny i czerwony pozwalają odróżnić te przypadki zatrucia jodoformowego od gnilicy.

Najczęstsze i najgroźniejsze są objawy zboczenia w działaniu mózgowia, występujące bądź to w postaci ostrego zapalenia opon mózgowych bądź jako właściwe obłąkanie. Pierwsze z nich uważać można najczęściéj u dzieci i śród tych objawów umarł w klinice Schedego 9-letni chłopiec z resekcyją biodra i tylko zupełny brak gorączki aż do śmierci i ujemny wynik sekcyi pozwoliły wykluczyć zapalenie opon mózgowych. Drugiego chłopca z ropniem opadowym, u którego wystąpiły takie same objawy zadrażnienia mózgu, zdołano jeszcze uratować przez natychmiastowe oddalenie jodoformu. Obłąkanie wywołane przez jodoform wystąpić może albo jako rozdrażnienie umysłowe, często w postaci manii prześladowczéj, lub téż jako obraz bardzo znacznego pognębienia.

W obec tak licznych i groźnych niebezpieczeństw jodoformu uważa Sch. za zupełnie przeciwwskazane wypełnianie świeżych ran proszkiem jodoformu, a to głównie dla tego, że jodoform w téj postaci wpaja się w tkaniny, tak że w razie wystąpienia przypadów zatrucia dokładne jego oddalenie jest prawie niemożebne. Stosowniejsze do użycia są pałeczki i gaza jodoformowa.

Wreszcie przekonał się Sch., że jodoform tak samo jak i inne dotąd używane środki przeciwgnilne, nie chroni zupełnie od wystąpienia róży. *(Ctrbl. für Chir.*, 1882, Nr. 3) *Dr. Schramm.*

Mathieu: **Narzędzie do oznaczania krzywizny cewki moczowéj.** *(Curvimètre uréthral).*

Przeszkody napotykane śród sondowania cewki moczowéj pochodzić mogą albo w skutek zwężenia tego kanału albo z powodu nieprawidłowéj jego krzywizny. Do pokonania przeszkód tego ostatniego rodzaju służyć ma nowe narzędzie Mathieugo. Jest ono podobne zewnętrznie do zwykłego zgłębnika elastycznego, opatrzonego przy pawilonie 3 pierścieniami, z których dwa boczne są stale przymocowane do zgłębnika, środkowy zaś służy do wygodnego poruszania mandrynu. Poniżéj pawilonu znajduje się tarcza stopniowana z wskazówką. Wewnątrz zgłębnika umieszczona jest sprężyna tak zagięta, że oba jéj ramiona biegną do siebie zupełnie równolegle; jedno z tych ramion jest przymocowane stale do mandrynu, drugie jest w połączeniu z wspomnianą wyżéj wskazówką.

Działanie tego narzędzia jest następujące:

Przez poruszanie mandrynu w jednę lub drugą stronę nadać możemy narzędziu wprowadzonemu do cewki potrzebną krzywiznę, a ponieważ ramie sprężyny, będące w połączeniu ze wskazówką, musi o tyle posunąć się w tył lub naprzód, o ile ramie przymocowane do mandrynu posunęło się w kierunku przeciwnym, przeto na stopniowanéj tarczy odczytać możemy w każdéj chwili, jaką krzywiznę posiada właśnie narzędzie, tak że tym sposobem możemy dokładnie oznaczyć krzywiznę cewki moczowéj u każdego chorego, dobrać według tego odpowiedni cewnik i uniknąć owego macania na oślep, jakie dotąd przy tego rodzaju przeszkodach w sondowaniu zawsze miało miejsce. W narzędziu więc Mathieugo zyskałaby chirurgija nowe *instrumentum praecisionis* (*Gazette des hop.*, 188?, Nr. 7). *Dr. Schramm.*

O ptomainach.

II. Prace Brouardela i Boutmy'ego.

Prace Selmiego o ptomainach poznali czytelnicy z wyczerpujących sprawozdań pisma naszego. (Nr. 49—52 Przegl. Lek. z r. 1881.) Rozumie się, że tak ważna kwestyja ptomainów pobudziła i innych badaczy do skrzętnych i pilnych poszukiwań w kierunku wskazanym przez Selmiego. Otóż teraz zamierzamy w dalszym ciągu podać sprawozdanie z wyników tych badań.

Zaczniemy od prac prof. med. sądowéj Brouardela i chemika Boutmyego w Paryżu. Obaj ci autorowie przedłożyli w r. 1880 na posiedzeniu czerwcowém Towarzystwa francuzkiego dla medycyny sądowéj w Paryżu sprawozdanie ze swoich pierwszych poszukiwań, z których wyjmujemy ważniejsze wyniki badań.

I. 26 grudnia 1879 przyniesiono do domu przedpogrzebowego w Paryżu (la morgue) zwłoki człowieka zaczadzonego. Ponieważ mróz w tym czasie był nader silny, zwłoki więc w stanie zupełnego skostnienia pozostały do lutego 1880 r. W tym czasie powietrze nagle zlagodniało, a skutkiem panującego ciepła zwłoki człowieka zaczadzonego odtajały. Wykonano natychmiast na nich sekcyję policyjną. Trzewa przeniesiono do pracowni chemicznéj, a badanie chemiczne, wykonane przez Brouardela i Boutmyego, nie wykazało żadnéj trucizny, tak organicznéj jak i nieorganicznéj.

Po ośmiu dniach ponowiono powtórnie badanie chemiczne. Tym razem otrzymano z trzew ciało organiczne, odpowiadające reakcyjami alkaloidom.

Badano więc w zwykły sposób, jaki nam służy do odróżnienia alkaloidów między sobą. Przekonano się jednak, że ciało otrzymane z trzew gnijących nie jest żadnym ze znanych alkaloidów, że jest ptomainem, zasadą, która powstała przy gniciu trupa. Dawała ona z odczynnikiem Meyera (jodek rtęci w jodku potasu) obficie strąt biały, brunatniała za ogrzaniem z kwasem siarkowym zgęszczonym, redukowała kwas jodowy itd.

II. 29 maja 1879 r. otrzymali Brouardel i Boutmy od prokuratoryi państwa w Paryżu polecenie zbadania chemicznego trzew i wymiocin człowieka. Podejrzywano, że przyczyną śmierci tegoż było otrucie. Rozbiór wykazał, że człowiek ten spożył ilość arszeniku, w zupełności wystarczającą do wytłumaczenia nagłéj śmierci. Ilość kwasu arsenawego, wykrytego we wnętrznościach i wymiocinach, wynosiła 2,565 grama. Na podstawie śledztwa i rozprawy sądowéj udowodniono, że ów człowiek został otruty li tylko kwasem arsenawym. Tymczasem Brouardel i Boutmy otrzymali z trzew ofiary zbrodni alkaloid stały, krystaliczny, dający wszystkie ogólne oddziaływania właściwe alkaloidom, a mianowicie: 1) oddziaływanie wyraźnie alkaliczne na papierku czerwonym lakmusu; 2) rozpuszczalność we wodzie, wyskoku i eterze; 3) strąt z odczynnikiem Meyera, strąt z roczczynem jodu w jodku potasu, strąt z kwasem garbnikowym itd. Badania, celem wykazania, jakiby to mógł być alkaloid, doprowadziły do wyniku, że żadna reakcyja właściwa znanym alkaloidom nie odpowiada ciału, otrzymanemu z wnętrzności. Ciało to barwiło się z kw. azotowym złoto-żółto. Oddziaływanie takie nie odpowiada ani morfinowi, ani brucynowi. Tymczasem ciało otrzymane, podobnie jak morfin, wydziela jod z kwasu jodowego, nie dając na odwrót drugiéj charakterystycznéj reakcyi dla morfinu, nie barwiąc się niebiesko po dodaniu chlorku żelazowego. Ciało otrzymane, ogrzane nieco z kwasem siarkowym, przybiera odcień zabarwienia czerwonego, podobnego jakie daje weratryn pod działaniem tego kwasu. Mięszanina kwasu siarkowego z nadniedokwasem baru wywołuje zabarwienie złotawo-pomarańczowe, podobne do oddziaływania brucynu.— W końcu doświadczenia fizyjologiczne z żabą wykazały, że jeden miligram alkaloidu, otrzymanego z wnętrzności, zastrzyknięty podskórnie, nie sprowadza śmierci, podczas gdy taka dawka brucynu lub weratrynu jest dla żaby bezwarunkowo śmiertelną. Z tego więc wynika, że jakkolwiek alkaloid otrzymany z wnętrzności daje po większéj części oddziaływanie właściwe brucynowi i weratrynowi, to przecież nie jest żadnym z tych dwóch, lecz zasadą organiczną trupią, ptomainem. Zachodzi tutaj podobieństwo z ptomainem opisanym przez Selmiego. Selmi otrzymał z dwóch trupów ekshumowanych, w których wykazano kwas arsenawy w dość znacznéj ilości, ciało krystaliczne, organiczne, oddziaływające alkalicznie, gorzkie, z kwasami tworzące sole krystalizujące. Ciało to było ptomainem o własności alkaloidów i między innemi dawało następujące reakcyje: Z kwasem siarkowym—zabarwienie czerwone; z kwasem jodowym—wydzielało jod wolny; z kwasem azotowym—zabarwienie żółte. Mała ilość tego ciała nie zezwalała prof. Selmiemu badać go dokładniéj chemicznie i wykonać próby fizyjologicznéj. Z drugiego trupa otrzymał jeszcze Selmi drugi alkaloid, który się z kwasem siarkowym barwił czerwono, z kwasem azotowym żółto, był krystalicznym i gorzkim, jednak od poprzedniego różnił się tém, że nie wydzielał jodu z kwasu jodowego. Ten ostatni ptomain był nader trujący, zabijał żaby w minimalnych dawkach. Na podstawie tych spostrzeżeń Selmiego uderzających podobieństwem z spostrzeżeniami Brouardela i Boutmyego, obaj ci badacze sądzą, że ptomainy bezwątpienia istnieją, że występują jako zupełnie oddzielne indywidua chemiczne, i że jest ich większa liczba, różniących się między sobą własnościami.

Jak się zdaje rodzaj gnicia nie ma wpływu na wytwarzanie się różnych ptomainów. Brouardel i Boutmy otrzymali z trupów, gnijących w zupełnie różnych warunkach, jeden i ten sam ptomain.

III. D. 5 marca 1880 r. badali z polecenia prokuratoryi Rzeczypospolitéj francuzkiéj zwłoki człowieka otrutego kwasem sinowodowym. Z przyczyn niezależnych od chemików dostawiono trupa dopiero w kilkanaście dni po śmierci. Naturalnie, że wśród takich okoliczności, trudno się było spodziewać dodatniego wyniku z poszukiwań chemicznych za kwasem sinowodowym. Badanie też w tym kierunku nic pewnego nie wykazało. Przystąpiono więc do poszukiwań

za alkaloidami. Metodą Stasa otrzymano ciało, oddziaływające alkalicznie, zachowujące się względem odczynników jak następuje: Kwas siarkowy na zimno — zabarwienie brunatno fijołkowe. Ciało badane czernieje nieco. Kwas azotowy z kwasem siarkowym daje zabarwienie wybitne żółto-brunatne. Kwas siarkowy z dwubromianem potasowym zabarwienie zielone. Kwas azotowy zabarwienie ciemno żółto-brunatne. Kwas pikrynowy nie daje żadnéj reakcyi. Kwas jodowy wydziela jod wolny. Odczynnik Fröhdego nie daje reakcyi. Kwas garbnikowy, strąt biały. Chlorek złota, strąt żółtawo-biały. Jod w jodku potasu, strąt brunatny. Chlorek platyny nie daje strątu. Chlorek rtęciowy nie daje strątu. Chlorek żelazawy nie daje strątu. Azotan srebrowy strąt biały, następnie wydziela się metaliczne srebro, a ciecz przybiera zabarwienie stale czerwone. Żaden ze znanych alkaloidów nie daje reakcyi odpowiadających ciału powyższemu. Jest to zatém ptomain. Ptomain ten zachowuje się bardzo podobnie jak alkaloid otrzymany 11 lutego 1880 r. ze zwłok człowieka, zmarłego 26 grudnia 1879, skutkiem zaczadzenia. Dla porównania podajemy reakcyje, otrzymane z tym ostatnim ptomainem. Kwas siarkowy zabarwienie brudno-fijołkowe. Kwas siarkowy z kwasem azotowym zabarwienie żółto-brunatne. Kwas siarkowy z dwubromianem potasowym zabarwienie zielone. Kwas jodowy, jod się wydziela. Azotan srebrowy strąt biały, potém wydzielanie metalicznego srebra, płyn się barwi czerwono. Chlorek złota strąt żółtawo-biały. Chlorek platyny, chłorek rtęciowy, chlorek żelazowy nie dają strątu. Kwas azotowy, zabarwienie złoto-żółte. Kwas pikrynowy strąt blado-żółty, obfity. Jod w jodku potasu strąt barwy kermesowo-brunatnéj. Odczynnik Fröhdego nie daje strątu. Kwas garbnikowy strąt biały, wzmagający się po dodaniu kwasu chlorowodowego. Kwas fosforo-molybdenowy strąt biały obficie. Daléj oddziaływanie fizyjologiczne obu ptomainów podobne: Żaby po zadaniu tych alkaloidów okazują te same oznaki zatrucia. Zdaje się więc nie ulegać wątpliwości, że oba te ptomainy są ciałami identycznemi. Brouardel i Boutmy zwracają uwagę, że być może, że analogija ta ztąd pochodzi, że tak kwas sinowodowy jak i niedokwas węgla działają na hemoglobinę krwi, a skutkiem tego warunki do powstania jednego i tego samego alkaloidu mogą być dane.

Alkaloidom otrzymanym z ciał gnijących zwierzęcych nadano nazwisko ptomainów, aby tym sposobem uwydatnić ich własność jako ciał lotnych, ciał niestałych. Brouardel i Boutmy są zdania, że istnieją przecież warunki, w których alkaloidy trupie dadzą się przechować, nie rozkładają się i nie są lotnemi. Obaj autorowie mieli sposobność badać zwłoki, które od 18 miesięcy przebywały w wodzie schowane. Naturalnie zwłoki te były w stanie zupełnego rozkładu. Za pomocą metody Stasa otrzymano alkaloid w ilości dostatecznéj, aby wykonać następujące próby. Oddziaływanie alkaliczne, papierek niebieski kalmusu czerwieni je najwyraźniéj. Odczynnik Meyera daje strąt obfity. Z węglanem potasowym daje osad biały kłaczkowaty, z kwasem siarkowym na zimno nie daje żadnéj wyraźnéj reakcyi. Z tymże kwasem na ciepło daje odcień zabarwienia fijołkowego. Alkaloid ten zatém zachowuje się wedle tych reakcyj podobnie do morfinu, kodeinu, weratrynu i atropinu. Z kwasem siarkowym i nadniedokwasem baru barwi się na zimno czerwono, na ciepło fijołkowo. Reakcyja ta odpowiada tylko weratrynowi. Z tego wynikałoby, że alkaloid otrzymany jest weratrynem. I w istocie daje on cechujące weratryn zabarwienie wiśniowo-czerwone z kwasem chlorowodowym zgęszczonym. Między tym alkaloidem jednak a weratrynem zachodzi wybitna różnica. Weratryn zachowuje się obojętnie względem nadżelasinku potasu. Ciało otrzymane zaś redukuje nadżelasinek na żelasinek potasu. Daléj żaba zatruta weratrynem dostaje kurczów spazmodycznych w napadach, alkaloid zaś otrzymany metodą Stasa, zastrzyknięty żabie podskórnie, wcale tak nie działa. Z powyższego wnioskuje Brouardel i Boutmy, że 1) Alkaloid otrzymany z rozłożonego ciała człowieka utopionego jest ptomainem. 2) Ptomain ten, utworzony w ciele gnijącém pod wodą, okazuje pewną odporność — dla elementów rozkładających, w jakich się znajduje.

Zachodzi pytanie, czy ptomainy po większéj części trujące dla zwierząt, są także szkodliwemi dla ustroju ludzkiego. Brouardel i Boutmy mieli w tym względzie sposobność zrobić ciekawe spostrzeżenie. 10 października 1878 r., polecono sądownie obu chemikom zbadać zwłoki kobiety zmarłéj wkrótce po zjedzeniu gęsiny. Z resztek téj gęsiny otrzymali Brouardel i Boutmy zasadę alkaliczną płynną, przedstawiającą wiele podobieństwa z koniinem. Ciało otrzymane wydaje woń przejmującą moczu mysiego, jest lotne, woń się zoostrza za ogrzaniem. Z fosforo-molybdenianem sodowym daje strąt barwy czerwono-pomarańczowéj. Z jodem w jodku potasu daje strąt kermesowo-brunatny. Z chlorkiem złota — osad fijołkowy. Z kwasem garbnikowym — osad biały. Reakcyje te wszystkie są właściwe li tylko koniinowi. Tymczasem zachodzi między obydwoma ciałami widoczna różnica. Koniin barwi się czerwono pod wpływem gazu kwasu chlorowodowego. Gaz ten wcale nie działa na alkaloid otrzymany z gęsiny. Koniin wywięzuje woń kwasu masłowego pod działaniem kwasu siarkowego i dwubromianu potasowego. Alkaloid otrzymany z gęsiny nie daje i téj dla koniinu charakterystycznéj reakcyi.

Podobnież zachodzi różnica wybitna w działaniu trującém obu tych ciał na żabę. Poddano badaniu wnętrzności kobiety. Otrzymano alkaloid, odpowiadający nietylko działaniem fizyjologicznėm na żabę zupełnie alkaloidowi z gęsiny, lecz nawet dający te same zupełnie reakcyje chemiczne. A zatém alkaloid otrzymany z gęsiny jest zupełnie identyczny z alkaloidem, jaki znaleziono w zwłokach kobiety. Daje on te same reakcyje fizyjologiczne jak i chemiczne. Dodajmy jeszcze do tego, że badanie anatomiczne również nie dawało najmniejszéj podstawy do przypuszczenia otrucia jakimkolwiek innym znanym alkaloidem. Pozostaje więc nam jedynie tylko przypuścić, że kobieta zmarła skutkiem otrucia ptomainem, znajdującym się w nieświeżéj gęsinie. Przypuszczenie to nabiera jeszcze tém większéj pewności, że kobieta żyła dość niechlujnie, że już dwa razy skutkiem niechlujstwa w jedzeniu i nieprzebieraniu w pokarmach była w niebezpieczeństwie życia. Powtóre, dwanaście osób zaproszonych przez nią na wzmiankowaną gęsinę rozchorowało się pośród objawów podobnych, które u téj kobiety sprowadziły śmierć. Zachodzi jeszcze pytanie, czy ptomain ten mógł się oprzeć gorącu, na jakie była wystawioną nieświeża gęś w czasie pieczenia. Na to pytanie Brouardel i Boutmy nie umieją odpowiedzieć. Ostatecznie więc wynika, że niektóre alkaloidy trupie działają szkodliwie, trująco, na ustrój ludzki.

Jeżeli porównamy przypadek ten z przypadkiem pierwszym, z przypadkiem, w którym otrzymano alkaloid ze zwłok człowieka zaczadzonego, pozostających w pracowni

przez dni ośm, to widzimy, że nie potrzeba wcale dłuższego czasu do wytworzenia się ptomainów w ciałach zwierzęcych, ulegających rozpadowi. Jakie warunki sprzyjają powstawaniu ptomainów, pozostaje dotąd dla nas zagadką. *Dr. Kopff.*

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Prof. E. Hofmann (we Wiedniu): **O sądowolekarskiém sprawdzaniu tożsamości zwłok.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 4).

Drugiém zadaniem znawcy lekarskiego jest opisanie osoby. Pod tym względem zasługuje na uwagę: 1) Długość ciała celem oznaczenia w przybliżeniu wieku. Jeżeli trup jest uszkodzony, wtedy oznacza się przynajmniéj długość poszczególnych członków lub części ciała, przedstawiających całość anatomiczną. 2) Płeć. Na zwłokach zgniłych, zwęglonych itd., domyślać się można płci po resztkach odzieży, kosztownościach, a głównie po włosach, które długo opierają się zgniliźnie. Długość włosów, oraz ich siedziba (twarz, broda, klatka piersiowa) posłużyć mogą ku ocenieniu płci, oczywiście jeżeli się uwzględnia możebne wyjątki, np. co do zarostu naokoło części płciowych, na podpępczu, a nawet na klatce piersiowéj. Jeżeli ciało ulegało działaniu płomienia, wtedy zarost w zupełności może zniknąć, przez co fizyjonomija człowieka bardzo się zmienia. Włosy gęste dłużéj opierają się płomieniowi, aniżeli rzadkie, tłuste i splecione dłużéj aniżeli suche i niesplecione. Najważniejszém pod względem sprawdzania płci jest wykazanie przyrządu płciowego lub przynajmniéj części onego. Wejrzenie bowiem samo trupa żadnego często nie ma znaczenia a nawet różnice w kośćcu u zwęglonych mogą być zatarte. W téj mierze wykrycie sutków zapewne ma wielkie znaczenie, uważać jednak należy za wyjątki, a mianowicie, że one u dziewcząt czasem mało się rozwijają, a u kobiet starszych zanikają, podczas gdy u mężczyzn wyjątkowo dobrze są rozwinięte. Mleko znachodzące się czasem w sutkach noworodków nie może być podstawą do ocenienia płci. — Części płciowych zewnętrznych nie można rozpoznawać częstokroć na trupach gnijących, zwęglonych itd., natomiast i w takich razach badanie części rodnych wewnętrznych może posłużyć jeszcze do rozpoznania płci. W téj mierze przytacza H. znany przypadek opisany przez Caspra, w którym w 9 miesięcy po zniknięciu ładnéj dziewczyny, która miała być w ciąży, znaleziono w kloace ciało ludzkie ogromnie zgniłe, co do którego przypuszczano, że jest ciałem owéj dziewczyny. O sekcyi owéj bryły bezkształtnéj mowy być nie mogło, po otwarciu jednak jéj znaleziono macicę dziewiczą wcale dobrze jeszcze zachowaną. I w zwłokach znacznie zwęglonych pomimo przepęknięcia ścian brzusznych w licznych przypadkach katastrofy wiedeńskiéj znaleziono macicę, wprawdzie powierzchownie zwęgloną; w kilku przypadkach była ona całkiem zwęgloną, ale po przecięciu można było rozpoznać wnętrze jéj, również i jajniki, a tém samém rozpoznać płeć żeńską. (W otrzymanym właśnie ostatnim zeszycie *Rivista sperim. di medicina legale* znajduje się rozprawa prof. Tamassii w Pawii o gniciu macicy, z któréj późniéj zdamy sprawę. *Sprawozd.*) W innych przypadkach po braku ciała masywnego pomiędzy pęcherzem moczowym a odbytnicą wnoszono o płci męskiéj. Częstokroć utrzymuje się dobrze i pęcherz moczowy, a po części środkowéj cewki moczowéj, zwłaszcza po wzgórku nasiennym, jakotéż po pozostałych częściach ciał jamistych prącia płeć męzka rozpoznać się dawała tak u zwłok zwęglonych jakotéż mocno gnijących.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości pomniejsze.

(F. M.) **O nowéj teoryi zaraźliwości gnilca.** Petrone Luigi wstrzykiwał królikom krew chorych na gnilec, a mianowicie pierwszemu jedną, drugiemu dwie, trzeciemu zaś trzy strzykawki Pravaza. U wszystkich pojawiła się gorączka i wychudnienie. Na trzeci dzień pokazały się u królika, któremu trzy strzykawki krwi zastrzyknięto, wynaczynienia za uszami, czwartego dnia i u dwóch pozostałych. W siedm dni po wstrzyknięciu zwierzęta zabito. Sekcyja wykazała u wszystkich znaczne wychudnienie, wylewy krwawe na oponie twardéj, opłucny, otrzewny, w śledzionie i wątrobie, jakotéż obrzmienie gruczołów kreskowych. Drobnowidowe badanie krwi wykryło owalne, lśniące, dobrowolnie się poruszające ciałka. Czerwone ciałka krwi nie były skurczone, lecz w mniejszéj ilości od ciałek białych. Doświadczenia autora, zgodne z badaniami prof. Murri, skłaniają do przypuszczenia, że owe błyszczące ciałka we krwi znalezione są owym przyrzutem gnilca. (*Centralbl. f. kl. Med.* Nr. 54).

(γ.) **Letarg powrotny.** W powszechnym szpitalu w Rouen znajduje się obecnie niezwykły przypadek letargu. Przed 20 dniami kobieta 37-letnia zapadła w głęboki sen, który ustępuje co noc na kilka chwil, podczas których dają jéj pożywienie. W czasie snu całe ciało jest stężałe, tak że można je unieść jak kłodę drzewa. Pierwszy napad miał miejsce przed 14 laty i odtąd napady letargu powtarzały się od czasu do czasu. Podczas przerw kobieta była na pozór zupełnie zdrową i pełniła służbę szpitalnéj posługaczki. Bezpośrednio przed napadem staje się nerwową i smutną. Napad zawsze jest nagły. Podczas letargu twarz bywa ciepła i prawidłowo zabarwiona, oddech regularny, lecz mimo to istnieje, jak stwierdzono, ogólne stężenie mięśni. Około 9½ godz. każdéj nocy nogi poczynają drżeć, a lekkie westchnienia pojawiają się jako zapowiedź krótkiej przerwy nocnéj. Około 11éj chora otwiera oczy, siada i je co jéj podają, ale nie mówi, poczém opiera głowę i zasypia, członki pozostają niestężałe aż do 4téj z rana, potém nadchodzi stężenie i trwa do następnéj nocy. Dwa razy chora spała bez przerwy przez 96 godzin, nie przyjmując żadnego pożywienia. Nie traci nic ciała. Długi okres, podczas którego te napady powracały i postać stałego nie kataleptycznego stężenia czynią ten przypadek nie zwykłym, nawet pomiędzy rzadkiemi przykładami stanów letargicznych. (*The Lancet*, 1882, I, Nr. 1).

(A. K.) **O wpływie na płód wakcyny szczepionéj ciężarnym.** Na posiedzeniu berlińskiego Towarzystwa ginekologów (13 grudnia p. r.) miał wykład Dr. Böhm o wpływie na płód wakcyny zaszczepionéj ciężarnym. Na 33 przypadków, spostrzeganych przez Böhma, rzadko tylko dał się stwierdzić ochronny wpływ na płodzie po zaszczepieniu matki. Dzieci, których matki szczepione były w czasie ciąży, zaszczepiono w pierwszych dniach życia i na 33 przypadków tylko w dwóch stanowczo stwierdzić można było, że pomimo wielokrotnego szczepienia i doskonałéj limfy, szczepienie nie przyjęło się; z resztujących 31 dzieci u 25 limfa przyjęła się doskonale, a u 6 wynik był wątpliwy. Wyniki spostrzeżeń Böhma zostają w sprzeczności z wywodami Bollingera.

(A. K.) **Zboczenie odżywcze krzywicze i zimnicze jest podług prof. Oppenheimera jedną i tą samą sprawą patologiczną.** Niedawno, bo na Zjeździe londyńskim, dano odprawę Parrotowi, który, jak wiadomo, utrzymuje i poucza z katedry, że krzywica jest kiłą dziedziczną; obecnie Oppenheimer identyfikuje krzywicę z zakażeniem zimniczém; autor twierdzi, że w wczesnych okresach krzywicy zawsze spostrzegał obrzęk śledziony i codzienne napady z podniesieniem ciepłoty; w późniejszych okre-

sach ogólne wejrzenie chorych na krzywicę w niczém się nie różni od pierwowzoru malaryka. Bieg obydwóch chorób, warunki wyzdrowienia, i geograficzne granice, w których panują te zboczenia odżywcze, mają potwierdzać przypuszczenie Oppenheimera. Jedyną trudnością, na jaką natrafił autor, jest brak dobrego wyjaśnienia tych zmian w kościach, które cechują krzywicę, a nie istnieją w zakażeniu zimniczém; lecz prace Arnsteina, Browicza i Heucka, którzy pisali o zmianach szpiku kostnego w ciężkich postaciach zakażenia zimniczego i znaleźli, że zmiany te są takie same, jakie sprowadza krzywica, wystarczają autorowi, ażeby zidentyfikować dwie rzeczone sprawy patologiczne. *(Deutsches Arch. f. klin. Med.* t. XXX). (Sądzę jednak, że hipotezy Oppenheimera nie podzieli całe grono klinicystów, że nie da się ono łatwo przekonać, ażeby wejrzenie rachityka i malaryka było zupełnie tożsame, i żeby obie choroby miały panować w jednych i tych samych pasach geograficznych. Z tożsamości skutków nie będzie ono wnosić o tożsamości przyczyn, i jak wodna puchlina zależeć może od rozmaitych chorób w rozmaitych narządach, tak jednakie zmiany w szpiku kostnym niekoniecznie muszą być skutkiem jednéj i téj saméj przyczyny patologicznéj. Na 473 malaryków leczonych w szpitalu św. Ludwika (Sprawozdanie prof. Dra Jakubowskiego z lat 1878, 1879 i 1880) tylko u 43 (t. j. 9,3%) spostrzegano zmiany krzywicze; liczba ta nie popiera hipotezy Oppenheimera. — *Sprawozd.*)

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 16 z dnia 9go listopada 1881 r.

Przewodniczący: kol. doc. Jordan. Członków obecnych 32.

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Kol. Zarewicz jeżeli po wyczerpującém przemówieniu kol. Pieniążka zabiera głos w ogólnéj dyskusyi, czyni to jedynie z tego powodu, iż badając jeszcze za życia pacyjenta, należał wtedy do tych kolegów, którzy rozpoznawali w danym przypadku wrzód gruźliczy. Badając podówczas pacyjenta wykluczył stanowczo wrzód kiłowy, a rozpoznanie jego wahało się między wrzodem gruźliczym a wrzodem po liszaju żrącym. Trudności pod tym względem wynikały ztąd, iż pacyjent głuchoniemy nie mógł dać żadnych szczegółów, byliśmy zatém pozbawieni najzupełniéj dat anamnestycznych. Uwzględniając jednak wiek chorego, siedzibę cierpienia, a nadto zważywszy jeszcze obecność zmian w obu płucach, skłonił się kol. Z. do rozpoznania wrzodu natury gruźliczéj. Wiadomo bowiem, iż liszaj żrący niemal zazwyczaj poczyna się zawsze w pierwszych latach życia, a nadto zwykłą jego siedzibą jest twarz, przypadki zaś pierwotnego liszaja żrącego na podniebieniu miękkiém należą do rzadkości (w téj chwili nie przypomina sobie kol. Z. ani jednego przez siebie pod tym względem obserwowanego przypadku). Na samym początku swego przemówienia wspomniał już, iż badając chorego za życia wykluczył stanowczo wrzód syfilityczny. Ma on na myśli wrzód syfilityczny należący do okresu kiły późnéj, a zatém powstały z rozpadu kilaka *(gumma)*. Obecnie zamierza wypowiedzieć swoje na tę rzecz zapatrywanie się, i dla tego z góry oświadcza, że pod tym względem, jakoby wrzody syfilityczne, należące do okresu kiły późnéj, nie posiadały żadnych cech charakterystycznych, stanowczo z wywodami kol. Paszkowskiego nie zgadza się, ale owszem twierdzi również stanowczo, iż wrzody syfilityczne posiadają tego rodzaju cechy, które je od innych wrzodów wyróżniają, albowiem zachowanie się brzegów we wrzodach syfilitycznych, ich dno i inne przypady, dokładnie znane, a które nadają wrzodom kiłowym charakterystyczne wejrzenie, zawdzięczają je wyłącznie i jedynie tylko przeobrażeniom patologicznym pierwotnéj zmiany, która powstaniu ich dała początek. Tą początkową zmianą, z któréj wrzód kiłowy powstaje, jest ściśle ograniczony naciek komórkowy, bądź to w warstwie brodawkowéj, bądź też we właściwéj skórze złożony. Bez pierwotnego nacieku wrzód syfilityczny nie istnieje. Rozpad nacieku syfilitycznego rozpoczyna się zawsze od środka, postępując ku obwodowi, gdy, dopóki wrzód jest w okresie szerzenia się, w obwodzie jego powstaje świeży naciek. Dla tego téż rozbierając z osobna przypady towarzyszące wrzodom kiłowym, na ten szczegół baczną należy zwrócić uwagę. Wrzód zatém syfilityczny musi być zawsze w obwodzie otoczony ściśle ograniczonym naciekiem, któremu powstanie swoje zawdzięcza. Inaczéj rzecz się ma z wrzodami gruźliczemi, a przedewszystkiém liszaja żrącego. W obu razach wrzody nie szerzą się przez rozpad otaczającego ich nacieku, lecz przez wykwitanie w obwodzie świeżych guzków, które dopiero następowo się rozpadają. A więc gdy w kile wrzód szerzy się kosztem rozpadania się otaczającego wrzód nacieku, we wrzodach gruźliczych i liszaja żrącego szerzenie się cierpienia zależy od wytwarzania się w obwodzie świeżych zmian. Opierając się więc na przebiegu wrzodów kiłowych liszaja żrącego lub wreszcie gruźliczych, który pozostawia na nich niezatarte ślady, a tém samém nadaje im pewne swoiste cechy, po których niemal zawsze dojść można do pożądanego rezultatu, nie myśli jednak kol. Z. twierdzić, ażeby zawsze i wszędzie zaraz od pierwszego wejrzenia można było z zupełną pewnością rozpoznać naturę wrzodu, lecz przeciwnie wie także i o tém, iż często spotyka się z tego rodzaju wrzodami, iż z ostatecznem orzeczeniem co do ich natury wstrzymać się trzeba do pewnego czasu. Są to jednak rzadkie przypadki, zdarzają się one wszędzie a o tyle możliwsze są one w dermatologii, o ile zmiany usadowione, bądź to na skórze, bądź téż na błonach śluzowych wystawione są na najrozmaitszego rodzaju szkodliwe wpływy zewnętrzne. Dla tego téż kol. Zarewicz w przemówieniu swojém miał na myśli jedynie tego rodzaju przypadki, w których wrzód syfilityczny nie zmienia się pod względem swego wejrzenia. Tego rodzaju przypadki należą do częstszych, a na dowód tego, że z wejrzenia jesteśmy w stanie rozpoznawać naturę wrzodów, świadczą o tém codzienne przykłady, iż bardzo często li tylko z wejrzenia samego rozpoznaje się wrzody syfilityczne, świadczy wreszcie o tém i obecny przypadek, albowiem każdy przyzna, iż na wykluczenie wrzodu syfilitycznego w danym przypadku nie mogły wpłynąć równoczesne zmiany w płucach, a tém bardziéj w nerkach. Również nie może się zgodzić kol. Zarewicz z zapatrywaniem kol. Paszkowskiego, przytoczonym na poparcie jego twierdzenia, jakoby wrzody gruźlicze na podniebieniu miękkiém występowały dopiero wtedy, kiedy w płucach znachodzą się już zmiany wysokiego stopnia. Otóż zdaniem kol. Zarewicza nie jest to nazbyt rzadkiém zjawiskiem, iż napotyka się np. w krtani rozległe zmiany gruźlicze, gdy w płucach, opierając się na badaniu fizyczném, zmiany tamże napotkane odnieśćby wypadało do początków cierpienia. Sądzi przeto kol. Z., iż przyczyna tego leży w budowie i przeznaczeniu organu, a nie wątpi, iż w przypadku okazanym usadowienie wrzodu było niekorzystném dla pacyjenta. W końcu uwzględniając zmiany w płucach ośmiela się wyjawić swoje zapatrywanie, iż w przypadku danym gruźlica w płucach była pierwotną, a zmiany tak na podniebieniu miękkiém jakotéż i w krtani są następowe, do przypuszczenia tego skłania go ta okoliczność, iż pominąwszy rozsiane w płucach gruzełki, napotyka się tamże zmiany, które świadczą, iż proces chorobowy w płucach datuje się już od dawniejszego czasu.

Prof. Rosner: Kol. Paszkowski miałby zupełną słuszność, gdyby twierdził, że lekarz nie potrafi rozpoznać w każdym przypadku znaczenia wrzodu z wejrzenia i że w wielu przypadkach rozpoznanie wrzodów polega na uwzględnieniu wszystkich objawów pochodzących z zmian w innych przyrządach, ale nie ma, zdaniem kol. R., słuszności, twierdząc, że lekarz w żadnym przypadku nie rozpozna z wejrzenia samego znaczenia wrzodu na skórze lub na błonie śluzowéj. Dermatolog często rozpoznaje jedynie tylko z formy znaczenie wrzodu, a to dla tego, że często z formy wykazać może przebieg téj choroby, która wrzód sprowadziła. Rozumie się samo przez się, że i w takich przypadkach dermatolog nie poprzestaje, ale stara się wykazać inne zmiany, czy to na skórze, czy to w innych narządach, a to nietylko dla stwierdzenia dyjagnozy, ale także dla rokowania i dla leczenia.

Kol. prof. Browicz przemawia przeciwko twierdzeniu, jakoby z wejrzenia wrzodu można stanowczo oznaczać jakość tegoż i zwraca uwagę na przypadek owrzodzeń jamy ustnéj u chorego, wielu z obecnych kolegów znany, w którym charakter tychże

owrzodzeń przez czas dłuższy nader był wątpliwym i w którym koledzy, obserwujący tego chorego, różne stawiali rozpoznania, a które to owrzodzenia w rzeczy samej miały charakter gruźliczy. Następnie przemawia przeciwko przypuszczeniu kol. Paszkowskiego, jakoby zmiany w innych narządach, a mianowicie w nerkach, były w związku z przypuszczalną kiłą, gdyż obraz anatomiczny, jak niniejszy przypadek przedstawia, jest obrazem codziennym, jaki w tym stopniu zmian gruźliczych, jaki tutaj mianowicie w płucach napotykamy, nader często widzieć można. W końcu zwraca się przeciwko twierdzeniu kol Skobla, jakoby zmiany w gardzielu i krtani były pierwotnemi, zmiany zaś w innych narządach, a mianowicie w płucach, były dopiero następowe, chociażby już z tego powodu, że zmiany, jakie w płucach widzimy, mają cechy zmian napotykanych w przewlekłych długotrwałych formach suchót gruźliczych, daléj, że stosunki anatomiczne nie sprzyjały w ogóle powstawaniu zmian gruźliczych w gardle i że w tym tylko razie możnaby podobne zmiany w gardzielu uważać jako zmiany pierwotne, gdyby w innych narządach znaleziono zmiany świeże, a mianowicie formy prosówkowéj gruźlicy. czego w tym przypadku nie ma.

Kol. Paszkowski kolejno odpowiada kol. Pieniążkowi, Zarewiczowi, Rosnerowi i Browiczowi. Pierwszy powiedział, że nie zgadza się ze zdaniem jego, że z wejrzenia samego nie można na pewne rozróżnić wrzodów gruźliczych od kiłowych w późnym okresie i podał niby cechy wrzodów gruźliczych. Przypatrzmy się tym „cechom“, które jeżeli są rzeczywiście patognomiczne, w każdym przypadku rozstrzygać powinny z łatwością. Otóż jako pierwszą cechę podaje kol. Pieniążek własność ujemną, bo powiada, że zadaje sobie w każdym razie pytanie, czy wrzód jest kiłowym? Jeżeli nie jest kiłowym, jest gruźliczym (liszaj żrący da się wykluczyć na podstawie innych danych). Bardzo dobrze! ależ czyż to jest własność cechująca? czyż tam gdzie za pomocą wykluczenia dochodzi się do rozpoznania można mówić o własnościach cechujących? Ale przypatrzmy się znamionom wrzodów syfilitycznych wedle zdania kol. Pieniążka; otóż „na około wrzodu jest naciek, a dno właściwie wygląda“. Koledzy mogą się naocznie z łatwością przekonać, że w naszym przypadku wrzody na podniebieniu miękkiém do około są nacieknięte, nagłośnia przedstawia prawie jednostajnie zbity naciek, a dno wrzodu w ogóle w długotrwałych owrzodzeniach, na które zewnętrzne czynniki (procedury lecznicze, czyszczenie) wpływają, nie stanowi nic charakterystycznego. Kol. Pieniążek przy rozpoznawaniu wrzodów gruźliczych pyta się siebie, czy one są kiłowe, a dla kiłowych nie podał wyłącznych cech: z czego wynika, że nie mówiąc już o charakterystycznych dodatnich cechach wrzodów gruźliczych i kiłowych w późnym okresie z samego miejscowego badania, nawet przez wykluczenie, nie można dojść do pewnego rozpoznania. Ale pozostaje jeszcze jedna dodatnia cecha wrzodu gruźliczego wedle kol. Pieniążka. Tak jest i temu nie przeczy kol. Paszkowski: „żółte plamki, które niekiedy na około wrzodów gruźliczych można widzieć“. Ale kol Pieniążek powiada sam, że widział te plamki bardzo rzadko (w pojedyńczych tylko przypadkach) i to w krtani względnie na nagłośni. Kol. Zarewicz opisał nam obszernie sposób powstawania wrzodów kiłowych i gruźliczych i sądzi że udowodnił niezbicie ich różnicę w wyglądaniu w późnym okresie. Kol Paszkowski nie przeczy. żeby w wielu przypadkach było się pewnym rozpoznania z saméj inspekcyi wrzodów, gdyby można śledzić niejako cały przebieg tworzenia się wrzodów i widzieć różne jego fazy w danym przypadku. Tak niestety prawie nigdy się nie dzieje. Lekarz musi rozpoznawać z tego, co już jest utworzoném. Co do znaczenia nacieku około wrzodu, na który kol. Zarewicz kładzie wielki nacisk, to musiałby kol. Paszkowski powtarzać to, co dopiero odpowiedział kol. Pieniążkowi. Kol. Rosner przyznaje, że dochodzi przez wykluczenie do rozpoznania wrzodu kiłowego w późnym okresie i przez badanie ogólne, i kol. P. również zdaje się, że te tak zwane znamiona cechujące, czyli to „coś właściwego“, do którego dochodzą badający, nie polegają na cechujących własnościach wrzodów późniejszéj kiły względnie gruźliczych, tylko umiejscowienie obok znachodzącéj się zmiany, zmiany w innych narządach, natychmiast w oczy wpadające (na skórze), ogólny *habitus*, dają przy pierwszém spojrzeniu w wielu razach pewne wskazówki. Żeby jednakże lekarz zamknąwszy oczy na wszystko inne z samego wyglądania wrzodu mógł na pewne wnosić o jego patogenezie, temu przeczy stanowczo, i na to zgadzają się wszyscy autorowie. Wszak wrzód jest nekrozą, utratą istoty powstającą z najrozmaitszych przyczyn i wśród najrozmaitszych warunków. Zazdrości bardzo tym, co potrafią za pomocą „własności cechujących“ rozpoznawać na oko wrzody gruźlicze od kiłowych w późnych okresach, kol. Paszkowski zawsze w rozpoznaniu będzie się opierał na wyniku badania całego organizmu Co do przemówienia kol. Browicza zwraca uwagę na zdanie, że przy nekroskopii niemożebném rozpoznać wrzód gruźliczy od kiłowego, że i to rozpoznanie polega na wyniku badania innych narządów. Zastrzedz się wreszcie musi, jakoby twierdził, że zmiany jakie się przedstawiają w naszym przypadku są kiłowe; powodem do dyskusyi było tylko wypowiedzenie przez kol. prelegenta zdanie, jakoby wrzody na podniebieniu miękkiém i zmiany na nagłośni były same dla siebie tak cechujące, że można je było rozpoznać jako gruźlicze, że nawet wtedy, gdyby się znachodziły zmiany kiłowe w innych narządach, do kiły ich odnieśćby nie było można.

4) Kol. prof. Browicz okazał preparat odnoszący się do odczytu kol. Skobla.

Dr. Stanisław Balicki.
Sekretarz.

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 lutego. Komitet przygotowawczy 2go Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich donosi, że Zjazd odbędzie się w Pradze czeskiéj od d. 26—30 maja rb. i ogłasza zarazem program Zjazdu. D. 26 maja wieczór o godz. 8 nastąpi powitanie członków na wyspie Zofijskiéj; d. 27 o godz. 10 rano zagajenie uroczyste w wielkiéj sali na téjże wyspie, wybór przewodniczącego i dwóch zastępców. Zjazd rozpadnie się na 4 działy: lekarski, matematyczny, przyrodniczy i pedagogiczny. Dział lekarski będzie miał 5 sekcyj: medycyny wewnętrznéj, chirurgii, medycyny teoretycznéj, rządowéj i farmacyi. Będzie wychodzić i dziennik Zjazdu. Opłata od członków wynosi 5 złr., od uczestników 3 złr. Odezwę podpisali proff. Eiselt, Frič, Kořistka, Krejči, Studnička, oraz kilku znanych nam ze Zjazdu krakowskiego kolegów, jak Chodounský, Janovský, Maixner, Michel, itd.

Pospieszamy z udzieleniem téj wiadomości o Zjeździe czeskim, w nadziei, że nie jeden z naszych rodaków uda się do Pragi, aby wywdzięczyć się kolegom czeskim za odwidzenie Zjazdu krakowskiego, w którym wielu z nich czynny brało udział.

* Z rodaków naszych ostatniemi dniami następujący starsi lekarze rezerwowi powołani zostali na pole walki toczącéj się w Dalmacyi i Hercogowinie: Drowie Aronsohn, Eichhorn i Mendelsburg z Krakowa, Bandrowski z Rzeszowa, Walczyński z Oświęcimia, Zosel ze Stanisławowa, oraz bawiący we Wiedniu jako wychowaniec w klinice prof. Billrotha współpracownik nasz Dr. Schramm. Wszyscy już pośpieszyli na południe.

* Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych z d. 28 stycznia 1882 r. zawiera rozporządzenie ministerstwa spraw wewnętrznych z dn. 7 grudnia 1881 L. 18821 przypominające rozporządzenie z d. 28 października 1876 Dz. ust. państw. Nr. 135, którém wydany został austryjacki cennik leków. Cennik ten wchodzi w życie z d. 1 stycznia rb. a wszyscy aptekarze, tudzież lekarze i chirurdzy, upoważnieni do utrzymywania apteki domowéj, winni zaopatrzyć się w drukowany egzemplarz tego cennika.

* Wydziałowi lekarskiemu we Wrocławiu jakoś szczęście nie służy. Wezwani na katedrę po Spiegelbergu opróżnioną proff. Freund, Hegar i Olshausen, wszyscy odmówili przyjęcia katedry. — Obecnie ma być powołany znów prof. Breisky.

* **Warszawa**. Dr. Gustaw Fritsche zatwierdzony został przez Rząd jako redaktor odpowiedzialny *Medycyny*.

* **Mianowania i odznaczenia**. Rodak nasz Dr. Erlicki mianowany został docentem psychijatryi w Akademii w Petersburgu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 4: Hoyera: Przyczynek do techniki histologicznéj 1) Barwniki; Jeleńskiego: Pogląd na

leczenie tyfusu brzusznego jodkiem potasu (dok.); w *Medycynie* Nr. 4: Erlickiego: Rzut oka na pierwotne obłąkanie (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. St. SMOLEŃSKI: Uiber die sog. „beruhigenden" Bäder (Osobne odbicie z „W. med. Bl. 1881) in 8vo str. 11.

J. SZWAJCER (w Warszawie): Spostrzeżenia nad przebiegiem epidemii gorączki powrotnéj w szpitalu starozakonnych w Warszawie w 1880—1881 r. (Osobne odbicie z „Gazety Lekarskiéj") in 8vo str. 26

Dr. RYDYGIER (w Chełmnie): Die erste Magenresection beim Magengeschwür. (Osobne odbicie z „Berl. klin. Woch." 1882) in 8vo str. 6.

Piśmiennictwo lekarskie. BAR P. Recherches pour servir à l'histoire de l'hydramnios (pathogénie). avec 5 pl. 8. Paris, Delahaye. Fr. 5.

BARATOUX J. Pathogénie des affections de l'oreille, éclaircie par l'étude expérimentale. 4 Paris, Delahaye. Fr. $3^1/_2$.

BEELY F. Zur Behandlung der Pott'schen Kyphose. M. Holzschn. Lex.-8. Leipzig, Breitkopf et H. M. 75.

BIDAU A. De l'Oesophagotomie contre les rétrécissements de l'oesophage. 8. Paris, Delahaye. Fr. 3.

BIEDERMANN W. Beiträge zur allgemeinen Nerven- u. Muskel-Physiologie. 7 Mittheilg. Mit 2 Tfln. Lex.-8. Wien, Gerold's Sohn. M. 2.

BOAS J. Zur Lehre v. der paroxysmalen Hämoglobinurie. gr. 8. Halle, Hofstetter. M. 1. 20.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 157, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 11 lutego 1882. № 6. Rok XXI.

I. Nieco o zatruciu jodoformowém.

Podał Doc. Dr. A. Obaliński,
z. prof. Chirurgii w Uniw. Jagiell.

Od czasu wystąpienia Mosetiga ze swemi zdumiewającemi prawie rezultatami, otrzymanemi za pomocą jodoformu, jako też od czasu poparcia tego środka na ostatnim wiecu chirurgów niemieckich przez Mikulicza, stał on się tak powszechnym środkiem antiseptycznym, że prawie zupełnie wyparł ogólnie już przyjęty opatrunek Listera lub z niego wynikłe modyfikacyje.

Ja używałem jodoformu w szpitalu św. Łazarza od maja przeszłego roku tu i owdzie, a od października zaprowadziłem po objęciu zastępstwa w klinice chirurgicznéj w obu zakładach ścisły opatrunek jodoformowy we wszystkich przypadkach.

Z działania i skutków jodoformu jestem zupełnie zadowolony i w obec obydwu powyżéj wymienionych, a czytelnikom Przeglądu Lek. dobrze znanych, prac zbytecznem byłoby nad tém się tutaj bliżéj zastanawiać; wspomnę tylko, że z bardzo dobrym skutkiem używałem jodoformu dotąd w następujących dużych operacyjach: a mianowicie w 5 wyłuszczeniach dużych nowotworów, w 4 nekrotomijach, w 3 wyżłobieniach kości, w 13 amputacyjach odnóg, w 2ch resekcyjach kolana, w 2 resekcyjach łokcia, w 2ch resekcyjach szczęki górnéj, w jednéj operacyi doszczętnéj puchliny jądrowéj, nie licząc bardzo znacznéj liczby mniejszych operacyj.

Obok tych zewsząd gromadzących się hymnów pochwalnych dla nowego środka, którego nietylko dzielną moc przeciwgnilną, lecz także swoiste działanie przeciw gruźlicy podnoszono, zaczęły się gdzieniegdzie pojawiać głosy nawołujące do ostrożności w użyciu go, jako mogącego stać się ustrojowi szkodliwym.

A gdy Henry w Wrocławiu ogłosił dwa przypadki śmierci z jodoformu, a Mikulicz wyraził podejrzenie, że dwoje dzieci w klinice Billrotha operowanych a jodoformem opatrywanych najprawdopodobniéj umarło z zatrucia chronicznego tymże środkiem, gdy wreszcie i zkądinąd zaczęły się podnosić głosy podobne, podjął Koenig, profesor chirurgii w Gietyndze, a jeden z redaktorów tygodnika *Centralblatt für Chirurgie*, myśl bardzo chwalebną, ogłaszając odezwę do wszystkich chirurgów używających w swéj praktyce jodoformu, aby zechcieli podać mu swe niekorzystne przypadki, celem zbadania na podstawie rozleglejszéj kazuistyki, czy i pod jakiemi przypadami jodoform sprowadzić może śmierć, jakoteż czy i gdzieindziéj spostrzeżono u niektórych chorych, tym środkiem opatrywanych, pewien rodzaj zboczenia umysłowego.

Rzeczą to jest naturalną, że wielka część początkowych przypadków przeszła nie dobrze postrzeganą, objawy bowiem, któreby należało odnieść do działania jodoformu, tłumaczono sobie jako pochodzące z innego źródła. Ztąd też pochodzi, że do niedawna mówiono tylko ogólnikowo o zatruciu jodoformem, gdy dzisiaj zaczynają się już gromadzić spostrzeżenia więcéj szczegółowe. I tak Schede mówi już o przypadach zatrucia ujętych w pewien system, o których tu już nie będę wspominał, gdyż referat o tém umieszczonym został w poprzednim Nrze Przeglądu Lek.

Jakkolwiek przypadek mój, spostrzegany w tutejszéj klinice chirurgicznéj, nie zakończył się śmiercią, to przecież, jako bardzo pouczający zdawał mi się zasługiwać na przesłanie go prof. Koenigowi, a przy téj sposobności postanowiłem podać go do wiadomości szan. czytelników Przeglądu.

Karol B., lat 20 liczący, piekarczyk z Bielska, przybył do kliniki chirurgicznéj 2go listopada 1882 z cierpieniem kolana od lat sześciu trwającém, które po bliższém zbadaniu rozpoznano jako grzybowate zapalenie błony stawowéj z następowém zniszczeniem chrząstki i kości *(arthritis fungosa genu subsequa carie sicca condylorum)* i uznano za kwalifikujące się do wypiłowania stawu. Operacyję wykonałem dnia 15go listopada 1881 za pomocą cięcia podłu-

żnego według Langenbecka z wyjęciem rzepki. Z uda wypiłowano 4cm., z podudzia 2cm. Po usunięciu resztek torebki zwyrodniałéj posypano całą ranę proszkiem jodoformowym w warstwie 2—3mm. grubości mieć mogącéj, zespojono obydwa brzegi okostny grubym katgutem i po założeniu drenu w poprzek rany zamknięto ją kilkoma szwami drutowemi, a w końcu nałożono opatrunek z gazy jodoformowéj i waty Brunsa. Odnogę ułożono na łupce Watsona i zawieszono w klatce Saltera. Przez pierwsze dwa dni był chory nieco niespokojnym, opatrunek okazywał jednak nieznaczne przesiąknięcie, tak że zmieniono go dopiero szóstego dnia, przyczém wydalono około 50gm. płynu krwawego ciemnego pod skórą zebranego. Odtąd opatrunki zmieniano co 2gi lub 3ci dzień. Stan ogólny chorego nie pozostawiał w pierwszych trzech tygodniach nic do życzenia: apetyt był dobrym, sen spokojny pomimo, że ciepłota utrzymywała się prawie ciągle powyżéj 38°C., a czasem sięgała nawet po nad 39°.

Najbardziéj uderzało zachowanie się tętna, które zaraz po operacyi podniosło się z 80 na 120 i odtąd z malemi tylko wyjątkami wahało się przez dni 16 między 100 a 150. Przez następnych dni 8 obniżyło się do 90—112, aby témbardziéj podskoczyć w górę w 4tym i 5tym tygodniu, tu bowiem utrzymywało się między 130 a 160, tak iż z trudnością można je było policzyć.

Gdy do tego dodamy, że w obu tych tygodniach i stan ogólny się pogorszył, bo sen był niespokojny, przerywany majaczeniami i zwidywaniami, które nawet i w dzień zaczęły się później pojawiać; że apetyt znikł; że chory wychudł i cera stała się brudno ziemistą, że ciepłota obok nieregularnie powtarzających się dreszczów często przekraczała 40°C.; że wystąpiła bolesność w ranie dotąd zupełnie niebolesnéj; że to wszystko utrzymywało się pomimo otwarcia ropnia wielkości orzecha włoskiego; — to każdy nieuprzedzony przyzna, iż postąpiłem zupełnie racyjonalnie porzucając początkowo powstałą myśl o lekkiém zatruciu jodoformowém a przypuściłem ropiaste zapalenie przepiłowanych kości *(osteomyelitis)* z następowém zakażeniem krwi gnilnoropném *(septopyaemia)*. Następstwem tego zapatrywania była amputacyja wykonana w połowie uda z opatrunkiem również jodoformowym lecz nader oględnym, t. j. że posypano na powierzchnię rany bardzo cieniuchną warstewkę jodoformu, a za to nałożono na powierzchnię więcéj gazy jodoformowéj. Przebieg po amputacyi zdawał się potwierdzać moje zapatrywania, ciepłota bowiem spadła poniżéj 38°C., stan ogólny bardzo znacznie się polepszył, tylko tętno, które na kilka dni obniżyło się było do 80, podniosło się znów do 140, aby jednak, po krótkiéj téj wycieczce, stale powrócić do prawidła.

Z zapatrywaniem tém nie licował stan odjętéj odnogi, nie znaleziono bowiem podejrzywanego zapalenia kości ropiastego ani żadnych zatok w częściach miękkich, tylko żyły drobniejsze skrzepami pozatykane i kupki jodoformu między powierzchniami przepiłowanych, a ładną zresztą ziarniną pokrytych, kości.

Gdy zestawiając te szczegóły biłem się z myślą, czy nie miałem tu przecież do czynienia z zatruciem jodoformowém, pojawiło się właśnie zawiadomienie Dra Schedego w 3cim Nrze *Centralblatt für Chirurgie*, które mnie w tém ostatniém mniemaniu do reszty utrwaliło. Mówiąc o przypadkach zatrucia jodoformowego, przez siebie postrzeganych, wspomina S. o bardzo podobnym przypadku, również dotyczącym resekcyi kolana, który przebiegał śród objawów podobnych do posocznicy i zakończył się śmiertelnie.

Przypadek mój ma jeszcze pod względem naukowym tę wartość, iż w nim przez oględziny odjętéj nogi stwierdzoném zostało, że przypady owe nie pochodziły od żadnego ogniska ropnego lub posokowatego, gdy w przypadku Schedego nie było oględzin pośmiertnych. Nadto uspokoiło mnie doniesienie Schedego jeszcze i pod tym względem, iż wolny jestem obecnie od zarzutu, jakobym był niepotrzebnie odjął choremu odnogę, gdyż chory mój szybko po amputacyi się uleczył i przed kilkoma dniami, jako wyleczony, opuścił klinikę, a dalsze czekanie byłoby go jak owego chorego, o którym Schede wspomina, o śmierć przyprawiło.

Jakkolwiek byłoby nieskromnością z tego jednego przypadku, choć bardzo pouczającego, wysnuwać ogólne wnioski, przecież nie mogę się powstrzymać od poczynienia kilku uwag. I tak potwierdza on mniemanie Schedego, że zatrucie jodoformowe w wyższym stopniu przebiega podobnie jak posocznica, jakoteż i to, że przyczyną zatrucia staje się najprawdopodobniéj jodoform użyty w postaci proszku, który nasypany w głąb rany zbija się w kupki, które nie mogąc być usuniętemi sprowadzają ciągłe zasycenie krwi jodoformem aż do wystąpienia groźnych objawów skutkiem działania zbiorowego. Również zdaje mi się, że jodoform użyty w postaci gazy jodoformowéj jako dający się z łatwością usunąć jest najodpowiedniejszym do opatrunku. Ztąd téż tłumaczy się tak częste występowanie objawów zatrucia po wprowadzeniu czopków jodoformowych do zatok ropiejących, co tak przez innych jakotéż i przezemnie zostało stwierdzoném.

Z przypadów zdaje mi się najważniejszą być zmiana w tętnie, które staje się drobném i nader częstém, czasem nie do zliczenia. Pojawienie się takiego tętna powinno być wskazówką nawoływającą do ostrożności. W drugim rzędzie idzie dopiero tak zwana gorączka aseptyczna, t. j. taka, w któréj ciepłota podniesioną bywa do znacznego stopnia obok poczucia podmiotowego zupełnie prawidłowego jakotéż zachowania dobrego apetytu i snu. Uderzało mnie to u mego chorego, to téż w pierwszym i drugim tygodniu przypuszczałem lekkie zatrucie jodoformowe, które to rozpoznanie później zacząłem cofać, gdy wystąpił trzeci okres cechujący się bardzo znaczną ciepłotą, dreszczami, zwidywaniami (niektórzy mówią nawet o psychozach) i znacznym upadkiem sił.

Przypadek mój dowodzi, że i tu ratunek jeszcze możebny, jeżeli da się szybko usunąć przyczyna złego. Rzecz naturalna, że tam, gdzie nagle i od razu przychodzi do tak gwałtownych przypadów (jak np. u dzieci), wszelkie usuwanie środka mogłoby być za późném.

A więc ztąd nauka, ażeby raczéj używać gazy jodoformowéj, a i tę szybko usunąć tam, gdzieby się pojawiły przypady zatrucia, a przedewszystkiém owo częste i drobne tętno.

W końcu muszę zwrócić uwagę szan. czytelników na ciecz na pół płynną, ciemną, mazistą, którą szóstego dnia z rany wypuściłem. Ciecz taką uważałem i w innych przypadkach, gdzie jodoform użytym był w głębi rany kieszeniowatéj, a w któréj uzbierała się krew. Zdaje się, że krew z jodoformem daje ów płyn mazisty, który powoli wessany ułatwia zatrucie jodoformowe; ztąd wniosek, że należy przedewszystkiém starać się o dobre zatamowanie krwotoku i to przez dokładne podwiązywanie naczyń lub przynajmniéj tamponowanie. Postrzegałem kilka przypadków amputacyi odnóg,

w których z innych, z jodoformem wcale styczności niemających, przyczyn, brzegi płatu skórnego uległy zgorzeli, a w jamie rany nagromadził się płyn posokowaty grożący zakażeniem ogólnem. Natychmiast usunąłem część zgorzelinową i wszystkie szwy, oddzieliłem płat od powierzchni rany warstwą gazy jodoformowéj i tym sposobem otrzymałem na obydwu powierzchniach piękną ziarninę, która w krótkim czasie sprowadziła dokładne przygojenie płatu do rany właściwéj. Czy w obec tego faktu, i w obec okoliczności, że najczęściéj krwotok nie udaje się wcale utamować w ranach jamistych, mających być zamkniętemi, nie byłoby lepiéj od razu ograniczać się do tamponady gazą jodoformową, a szwy zupełnie odrzucić, a więc stanąć z jodoformem w spółce z *secunda intentio* naprzeciw oprawy Listera dążącéj do gojenia *per primam*, będzie przedmiotem najbliższych moich doświadczeń.

II. O oznaczaniu dolnéj granicy żołądka.

(Rzecz wykonana w klinice lek. tudzież w zakładzie anat. patolog. Uniw. Jagiell.)

Napisał Dr. Stanisław Ponikło
Docent Uniw. Jagiell. Asystent kliniki lek.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 5).

V. Badanie dolnéj granicy żołądka za pomocą zgłębnika żołądkowego wedle Leubego (Leube-Penzoldt).

Leube uważa badanie zgłębnikiem żołądkowym za najpewniejszy środek rozpoznawczy dolnéj granicy żołądka, względnie rozmiarów żołądka. „Jeżeli po wprowadzeniu zgłębnika nadto dolny koniec takowego da się wymacać przez powłoki brzuszne, rozpoznanie staje się pewném i ścisłém.“ Ponieważ jednak podatne ściany żołądka dają się z łatwością obniżyć, miejsce, gdzie zgłębnik zostaje wymacany, nie przedstawia rzeczywistéj lecz naciskiem zgłębnika obniżoną granicę żołądka. Otóż Leube czuje się upoważnionym uważać linię poziomą, poprowadzoną przez *„spinae anteriores oss. ilei“* za najniższą, do któréj zgłębnikiem da się obniżyć dolna ściana prawidłowego żołądka. Wymacanie końca zgłębnika poniżéj téj linii świadczy o „rozszerzeniu“ żołądka.

Ktokolwiek miał sposobność zakładania częstego zgłębnika żołądkowego, przyzna, iż do żołądka rozszerzonego zgłębnik wchodzi z łatwością, nie napotykając głęboko oporu, tak iż ma się w palcach niejako uczucie, jakby zgłębnik wchodził w próżnię, gdy w żołądku prawidłowym lub skurczonym rychło koniec zgłębnika napotyka na opór. Już po uwzględnieniu długości wprowadzonego zgłębnika sztywnego i nieco grubszego do żołądka, w chwili kiedy poczynamy napotykać znaczniejszy opór, wnosić można w przybliżeniu o rozmiarach żołądka.

Penzoldt czynił doświadczenia na zwłokach, tudzież na osobach zdrowych lub chorych nie okazujących żadnych przypadów żołądkowych, w celu stwierdzenia, czy zachodzi jaki stały stosunek między długością wprowadzonego zgłębnika (licząc od zębów), mierzoną w chwili, gdy zgłębnik poczyna napotykać na opór, a innemi wymiarami ciała. Doświadczenia te pouczyły go, iż 1) długość zgłębnika (od zębów) winna być, w stanie prawidłowym, do długości ciała jak 1:2·8—3·3, 2) winna być co najwięcéj o 8 cm. dłuższą od wymiaru odległości 4go kręgu szyjnego od 2go kręgu lędźwiowego wraz z wymiarem odległości zębów siecznych od tylnéj ściany gardła, 3) winna przewyższać co najwięcéj o 5 cm. długość kręgosłupa.

Wedle Penzoldta należałoby przeto wymierzyć długość zgłębnika wprowadzonego od zębów w chwili, kiedy dolny koniec napotyka na opór i porównać z podanemi wyżéj wymiarami; jeśli długość zgłębnika okaże się znacznie większą (o 3—4 cm.) można z wielkiém prawdopodobieństwem przypuścić „rozszerzenie żołądka.“

Co się tyczy wymacania dolnego końca zgłębnika przez powłoki brzuszne wedle Leubego, to muszę zauważyć, na podstawie kilkudziesięciu doświadczeń na zwłokach i chorych, (w każdym z wyżéj podanych doświadczeń w celu ocenienia innych metod badania żołądka doświadczałem także metody Leubego), iż nie jest ono tak łatwe, jakby się zrazu wydawać mogło.—Przy użyciu cieńszych zgłębników, do 15 milim. w średnicy bez mandrynu, wymacanie końca dolnego przez powłoki brzuszne średniéj grubości jest bardzo trudne, chyba w przypadkach połączonych ze znaczniejszym stopniem wychudnienia. Po użyciu dopiero zgłębników sztywnych i grubszych od 20—25 milim. w średnicy, zwłaszcza zakończonych lekkiém zgrubieniem, można w każdym przypadku dolny koniec zgłębnika wymacać.

Wprawdzie nie jest obojętną dla badanych rzeczą wprowadzenie sztywnych i tak grubych zgłębników, jednak gdyby rękoczyn ten dawał wyniki pewne i ścisłe, byłoby to okolicznością podrzędną.

Moje doświadczenia na zwłokach nie dają mi pewności uważania linii Leubego (poziom *sp. ant. oss. ilei*) za ostateczną granicę, do jakiéj zgłębnik może bez narażenia na szwank utkania ścian żołądka zepchnąć dolną ścianę żołądka. Mnie się udawało na zwłokach prawie każdy żołądek zepchnąć o 2—3 cm. po nad spojenie kości łonowych (wyjąwszy żołądki silnie skurczone) bez nadwerężenia ścian. Wprawdzie opór wzrastał stopniowo z co raz głębszém wprowadzeniem zgłębnika, lecz któż jest w stanie oznaczyć ściśle, jaki stopień oporu(?!) należy uważać za wzbraniający dalszego wprowadzania zgłębnika, lub gdy się to nawet dalo uczynić z matematyczną dokładnością, któż może to z równą akuratnością wykonać. Dla tego nie przywięzuję do linii Leubego pewnego znaczenia rozpoznawczego. W przybliżeniu tylko i z wielkiemi zastrzeżeniami można czynić na téj podstawie wnioski dyjagnostyczne.

Nadto wprowadzenie zgłębnika sztywnego i grubego i obniżanie dolnéj ściany żołądka (nawet w przypadkach, gdzie z wszelką pewnością możnaby wykluczyć głębsze tkaninowe zmiany, jak wrzód okrągły lub zwyrodnienie nowotworowe ścian) aż do poziomu *spin. ant. ilei*, jest rękoczynem dość grubym i dla chorego nieobojętnym. Żadną miarą nie mógłbym się zgodzić ze zdaniem Leubego, iż postępowanie to nie jest przykrzejsze od prostego wprowadzania zgłębnika.

Badanie wedle Penzoldta i porównywanie wymiarów zgłębnika ze stałemi wymiarami części ciała jest mniéj przykre i łatwiéj wykonalne, daje jednak wyniki równie względne, gdyż nie posiada się i tu kryteryjum pewnego ocenienia stopnia oporu, napotykanego przy napieraniu zgłębnika na dolną ścianę żołądka.

Wnioski: 1) Badanie dolnéj granicy żołądka metodą Leubego jest wykonalne tylko przy użyciu grubszych zgłębników (od 20 milim).

2) Jest procedurą przykrą i nieobojętną dla chorych.

3) Linija Leubego ma wartość rozpoznawczą nader

względną, względniejszą od innych powyżéj ocenionych metod badania żołądka.

4) Metoda Leubego-Penzoldta jest łatwiéj wykonalną, daje jednak wyniki nie mniéj względne.

(Dokończenie nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Litten: **O sprawach septycznych.**

Sprawy septyczne stanowią dział patologii najbardziéj omawiany, a może i najmniéj jasny. W jednym z ostatnich zeszytów berlińskiéj *Ztschft. f. klin. Med.* podaje Litten cenne szczegóły w tym kierunku omawiając przy tém wiele w związku będących pytań. Sądzimy, że nie od rzeczy będzie zapoznać się z uwagami Littena, zwłaszcza że przeważnie oparte są na własnych spostrzeżeniach.

Wszystkie objawy cechujące sprawy septyczne wspólne mają źródło, t. j. wessanie istot „jadowitych" w ogólném znaczeniu tego wyrazu. Tak bowiem objawy gorączkowe ustroju i stany następowe ztąd wynikłe jak niemniéj sprawy nekrotyczne, zapalne i krwotokowe wywołane są działaniem istot szkodliwych „jadowitych", znanych nam bardzo mało, ledwie że nie ze samych tylko skutków. Rozumującym teoretycznie na podstawie znanych faktów nasuwa się dwojaka możebność a mianowicie, że czynnikami istotnemi w tym przypadku mogą być istoty organiczne, żyjące, rozmnażające się i odnawiające się lub też — „produkt jadowity". Stany gorączkowe ustroju wśród posocznicy jak również i zmiany następowe należałoby tedy odnieść do wpływu zakażenia ustroju przez ów rozpuszczony jadowity produkt, podczas gdy zmiany miejscowe w poszczególnych organach pochodziłyby od bodźców miejscowych. (Jad w roztworze i jad upostaciowany). Wzgląd ten daje autorowi sposobność do obszernego wywodu, dotyczącego pytania, czy istoty grzybkowe, napotykane w ogóle w chorobach zakaźnych a w szczególności w sprawach septycznych, należy uważać za nosicieli jadu *(Giftträger)*, lub też jako istoty wytwarzające takowy *(Giftproducenten)*. Pomimo, że Litten stanowczo oświadcza się przeciw temu drugiemu zdaniu i uważa grzybki za właściwy „jad", to przecież z dalszych jego uwag wynika, że w ogóle nie chciałby widzieć jakiéjś fundamentalnéj różnicy między jadem organizowanym a w roztworze będącym i nie mógłby się zgodzić na to, iżby przypisywano jednemu jadowi tylko pewne wyłączne skutki, wywoływania objawów ogólnych, gdy od drugiego miałyby pochodzić zmiany miejscowe zapalne i nekrotyczne. Że zmiany miejscowe, występujące w sprawach septycznych, w istocie zdają się być w ścisłym związku z rozwojem grzybków, o tém pouczają liczne obserwacyje tak autorów innych jak i samego L. Znaną bowiem rzeczą, że ogniska nekrotyczne i ropnie prosówkowe tylko tam się znachodzą, gdzie w naczyniach krwionośnych z całą ścisłością wykazać można mikroorganizmy i inwazyje tychże na znaczniejszéj przestrzeni. Gdzie grzybków pomienionych brak, tam przy autopsyi znachodzimy tylko zwyrodnienie „miąższowe". Z drugiéj znów strony nie ulega wątpliwości, że tam gdzie są grzybki (rozszczepnikowe *schistomycetes)*, z pewnością napotkamy ogniska nekrotyczne i „ograniczone ropienia".

Opisawszy dokładnie zmiany odnośne, szczególniéj zmiany zatorowe naczyń krwionośnych przez grzybki wywołane itd., przychodzi L. do wniosku, że zmiany miejscowe w postaci wyłącznie krwotokowéj lub nekrotycznéj zawdzięczają swój początek działaniu bakteryj i każde ognisko tego rodzaju wykazuje w centrum lub w obwodzie gromady bakteryj, czy zawsze, to zależy znów, jak twierdzi L., od okresu, w którym dokonywamy badania; w okresach wcześniejszych zawsze pasorzyty te wykazać można. Co do zależności spraw krwotokowych od bakteryj, to L. nie wyraża się tak stanowczo jak w kwestyi ognisk ropnych i nekrotycznych.

Krwotoki wśrod spraw septycznych odgrywają znaczną rolę i znane są z dawien dawna. Ogólnym rozkladem krwi a przynajmniéj hipotetyczną jakąś dyjatezą krwotokową silono się tłumaczyć te zmiany. Wynaczynionki bywają bowiem nieraz tak liczne, że narządy, wśród których się tworzą, czynią wrażenie takie, jak gdyby były krwią obryzgane. Liczne też są momenty, które nasuwają myśl, że sprawy te w bezpośrednim związku z mikroorganizmami nie stoją. I tak uderzającą jest rzeczą nadzwyczajne nieraz rozpostarcie się krwotoków, ich częstokroć symetryczne zjawienie się na skórze, pojawienie się zupełnie niezależne od ropni prosówkowych, które swój początek zawdzięczają zawsze bakteryjom. Pomimo jednak całéj ścisłości badań Litten nie może dać w tym kierunku stanowczéj odpowiedzi; w końcu całego wywodu przychodzi do wniosku, iż wynaczynionki w sprawach septycznych tak skutkiem działania bakteryj, jak i bez nich powstać mogą.

Jak wreszcie tłumaczyć sobie powstawanie krwotoków bez współdziałania bakteryj, na to Litten zupełnie nie umie odpowiedzieć. Przy istnieniu grzybków odpowiedź choć w części jest łatwiejszą, choć nie bardzo pewną. Czy zawsze odgrywają tu rolę zatory i przebicia ścian naczyń krwionośnych przez rozrastające grzybki, tego nie wiemy, — w wielu przypadkach tak bywa.

Często wydarzające się wśród spraw septycznych zmiany wsierdzia skłaniają autora do szczegółowego omówienia *Endocarditis* i stosunku cierpienia tego do zmian miejscowych, rozsianych po różnych narządach. Osią, około któréj obraca się cała dedukcyja, jest fundamentalne twierdzenie autora, że schorzenia miejscowe w przebiegu *Sepsis* obok istniejącego zapalenia wsierdzia nie muszą być z témże w związku; daléj że zapalenie wsierdzia należy w tych przypadkach uważać za objaw równorzędny z innemi, w *Sepsis* się rozwijającemi; jest to „komplikacyja *Sepsis*". W ogóle rozróżnia dwie postacie zapalenia wsierdzia: reumatyczną i septyczną. Obie te formy zapalenia wsierdzia dają się ściśle od siebie rozróżnić i przedstawiają pod względem etyjologicznym i klinicznym dwa odrębne typy. Dla ważności przedmiotu przytaczamy opisy autora nieco obszerniéj, zwłaszcza że za podstawę służyły obszerne statystyczne daty.

Gośćcowa postać zapalenia wsierdzia nagabuje przeważnie indywidua młode, i różni się od septycznéj szczególniéj tém, że brak w niéj dreszczów, daléj że wzniesienia cieploty i wynikające ztąd następstwa, cechujące postać septyczną, w gośćcowém zapaleniu śródsierdzia wcale nie istnieją. Ztąd też pochodzi, że rokowanie nie jest złém, daleko pomyślniejszém niż w formie septycznéj, gdzie sama infekcyja zabójczo działa. Jako momenty ze względu na rokowanie niepomyślne, aczkolwiek dopiero w następstwach szkodliwe, uchodzą wady zastawkowe zwolna się wytwarzające i nawroty spraw śródsierdziowych.

(Dokończenie nastąpi.)

Prof. Osler (w Montreal, w Kanadzie): **O komórkach mieszczących w sobie ciałka krwi czerwone.**

W Nrze 48 *Centralbl. f. d. med. Wiss.* z r. 1881 Dr. Riess podał, że w niedokrewności złośliwéj podobne komórki obficie znachodzą się w szpiku kostnym. Osler potwierdza wprawdzie to spostrzeżenie, jednak dochodząc téj kwestyi na 75 osobach różnego wieku, zmarłych z rozmaitych chorób, przekonał się: 1) że komórki w mowie będące są prawidłową częścią składową szpiku czerwonego; 2) że więc niepodobna z obecności ich wnosić o jakiéjkolwiek chorobie szczegółowéj. Znajdował bowiem znaczną ich ilość tak w suchotach, jakotéż w zap. płuc, w durze, w *endocarditis ulcerosa*; znajdował je następnie w szpiku 6-miesięcznego płodu i 76-letniego starca. Każda z komórek zawiera 1—12 czerwonych ciałek krwi, mających wejrzenie prawidłowe lub téż przeistaczających się w ziarnka barwiku brunatnego. Następnie przekonał się, że komórki te w ogóle znachodzą się: 1) w komórkach tkanki łącznéj u płodu i noworodków; 2) w szpiku czerwonym jako składnik prawidłowy, tylko w różnéj ilości, tak jak komórki olbrzymie; 3) w miazdze śledzionowéj, również jako składnik prawidłowy, w têm większéj ilości, im bardziéj śledziona obfituje w miazgę, jak w obrzęku ostrym; 4) w gruczołach limfatycznych przekrwionych i obrzmiałych; 5) w stwardnieniu brunatnêm płuc; 6) w sąsiedztwie wynaczynionek tkanka łączna obfituje częstokroć w komórki podobne. *(The Lancet,* 1882, Febr. 4). *L. B.*

Dr. J. Wolff: **Przyczynek do nauki o dwoistości przyrzutu ospicy i ospy.**

Nierozstrzygnięte to zagadnienie ma z natury rzeczy dwa sprzeczne obozy. I tak, jedni utrzymują (Fleischmann, Widerhofer, Henoch i i.), że ospica i ospa są dwiema różnemi chorobami, mającemi tylko w têm podobieństwo, że są zakaźnemi i regularnie z pewnemi zmianami na skórze występują. Inni zaś (Hebra) twierdzą, że przyrzut obu chorobom wspólny, różni się tylko siłą jadu. Autor niniejszéj pracy należy do pierwszych. Dla poparcia swego obozu przytacza, że dwa identyczne przyrzuty wykluczają się na czas dłuższy, jeżeli nie na zawsze; np. przebycie duru poronnego chroni na dłuższy czas od zakażenia się durem brzusznym. Inna sprawa z ospicą i ospą. Ospie ulegają ludzie, którzy co tylko przebyli ospicę, i na odwrót ozdrowieńcy po ospie przebywają ospicę; po zaszczepieniu dobréj limfy rzadko pojawia się ospa, podczas gdy ospica często się wydarza. Dla uzasadnienia swojego twierdzenia podaje autor następujący przypadek.

Nieszczepiona $1\frac{1}{2}$-roczna dziewczynka przybyła do szpitala we Wrocławiu dnia 25 października z. r. Mierna gorączka (38.7) trwa drugi dzień, na twarzy i głowie pęcherzyki, wielkości soczewicy, wypełnione jasnym płynem. Na brzuchu i plecach różyczka grudkowata, gdzieniegdzie pęcherzyki, zwłaszcza na prawém ramieniu i podudziu w większéj ilości. Trzeciego dnia choroby ciepłota się obniżyła, różyczka znikła pozostawiwszy więcéj pęcherzyków. Dalszy przebieg zwyczajny ospicy dobiegł kresu tak, że 13 listopada strupki prawie wszystkie odpadły, nie pozostawiwszy blizn. Nagle pod wieczór tego dnia ciepłota podniosła się do 39.5, a w 3cim dniu gorączki pojawiły się liczne, czerwone, niezbyt wyniosłe plamki, na ramionach, tułowiu, odnogach dolnych. Czwartego dnia ciepłota prawidłowa, plamki czerwieńsze przybierają kształt stożkowatych guziczków, wypełnionych u szczytu jasnym płynem, rosną, a rozszerzając obwódkę tu i owdzie zlewają się. Prawidłowy a pomyślny przebieg ospy trwał do 17 grudnia, pozostawiwszy tylko nie wiele blizn. Z opisu choroby zaprzeczyć trudno, że prawdziwą zlewającą się ospę poprzedziła ospica. Przyczyną wybuchu ospy miało być zarażenie, a mianowicie przez służbę obsługującą zarówno chorych na ospę i ospicę. Na zakończenie dodaje autor uwagę, że taka sama niepewność panowała co do duru plamistego i powrotnego, póki nie odkryto spirylów, i ma nadzieję, że w przyszłości znajdzie się znowu jaki namacalny dowód odrębności przyrzutu ospicy i ospy. *(Bresl. ärztl. Zeitsch.* 1882, Nr. 1).

Dr. Murdzieński.

Dr. Stumpf: **O wpływie niektórych leków na wydzielanie mleka.**

Z doświadczeń Stumpfa, dokonanych przeważnie na zwierzętach (kozach) a po części i z mlekiem kobiecém, podajemy tylko ostateczne wypadki.

1. Co do ilości mleka.

Jodek potasowy zmniejsza znacznie wydzielanie mleka.

Wyskok, morfin i ołów nie zmieniają ilości mleka.

Kwas salicylowy zdaje się ilość wydzielanego mleka nieco powiększać.

Pilokarpin nie przysparza wydzieliny gruczołów mlecznych.

2. Zmiany w składzie mleka.

Jodek potasowy zakłócając czynność gruczołów zmienia ilościowy stosunek poszczególnych składników mleka.

Wyskok i napoje wyskokowe powiększają tylko względną ilość tłuszczu w mleku, nie powinny zatém być używane jako środek dyjetetyczny do przysparzania mleka.

Ołów, morfin i pilokarpin prawie wcale nie wpływają na skład mleka.

Kwas salicylowy zdaje się powiększać ilość cukru.

3. Co do przechodzenia leków z ustroju do wydzieliny gruczołów mlecznych.

Jod przechodzi bardzo szybko do mleka a po odstawieniu leku znika bezzwłocznie u kobiet; u roślinożernych zaś mleko dłuższy jeszcze czas zawiera jod. Ilość jodu przechodząca do mleka nie pozostaje w stałym stosunku do spożytéj ilości jodu, lecz waha się w znacznych granicach. Lecznicze zużytkowanie mleka „jodyzowanego“ jest niemożebne. Jod nie znajduje się w mleku jako jodek potasu, lecz w połączeniu z sernikiem.

Wyskok nie przechodzi do mleka u roślinożernych.

Ołów w nader małych tylko ilościach dostaje się do mleka i okazuje się w témże jeszcze przez pewien czas po odstawieniu leku.

Kwas salicylowy, podawany nawet w wielkich dawkach, przechodzi do mleka w bardzo małych tylko ilościach, u kobiety w niece większych niż u roślinożernych. *(D. Arch. f. kl. Med.,* 1882, t. 33). *Dr. Smoleński* (Jaworze).

Fuchs: **O zaćmieniu rogówki w jaskrze.**

Zaćmienie rogówki połączone z utratą jéj połysku, towarzyszące podwyższeniu ucisku śródocznego, różni się co do swéj istoty od zaćmienia wywołanego przez zapalenie. Zaćmienie to zawisło wprost od podwyższenia ucisku, o czém najłatwiéj przekonać się można w okresie zwiastunów jaskry,

w którym to zaćmienie w bardzo krótkim czasie się pojawia, a ze zmniejszeniem ucisku równie szybko bez śladu ustępuje. Oglądane za pomocą lupy zaćmienie to nie rozpada się jak zaćmienie w miąższowém zapaleniu rogówki na pojedyńcze plamki lub prążki, lecz okazuje się jednostajném. Więcéj podobieństwa ma ono do zaćmienia urazowego, występującego prawie zawsze po irydektomii lub wydobyciu zaćmy, ale różni się od niego, pominąwszy przyczynę, swoją siedzibą (zaćmienie jaskrowe najmocniejsze jest w środku rogówki, urazowe zaś w pobliżu rany) a nadto tém, że zaćmienie urazowe okazuje się prążkowaném. Najwięcéj podobieństwa ma to zaćmienie jaskrowe do zaćmienia powstającego skutkiem mocnego ugniecenia w palcach oka świeżo zabitego zwierzęcia, a które Fleischl wytłumaczył z niejednostajnego naprężenia włókien rogówkowych, skutkiem czego najmocniéj naprężone łamią światło podwójnie, a przeźroczystość rogówki się zmniejsza z powodu mocniejszego odbijania światła. Jaskrowe zaćmienie rogówki łączy się stale z utratą połysku powierzchni rogówkowéj, którego to zjawiska nie dostaje tak zaćmieniu urazowemu jak sztucznie wywołanemu. Powierzchnia rogówki wygląda mdło, jakby tłuszczem posmarowana, a w wyższych stopniach jakby pokłóta. Tę nierówność powierzchni tłumaczono sobie wypadnięciem pojedyńczych komórek przybłonka lub całych gromadek tychże. Rogówka oglądana lupą okazuje się atoli pokrytą mnóstwem drobniutkich wyniosłości, w wyższych stopniach widać nawet małe pęcherzyki, w zadawnionych zaś przypadkach jaskry tworzą się na powierzchni rogówki większe, chełboczące pęcherze, których powstaniu towarzyszą często gwałtowne bóle. W bardzo nareszcie zastarzałych przypadkach jaskry powstają zsiadłe złogi przeświecającéj szklistéj istoty w postaci brodaweczek, do których zazwyczaj dochodzą nowo utworzone naczynia od brzegu rogówki. Jaskrowe zaćmienie rogówki poczytał Arlt pierwszy za opuchlinę, zdanie to nie mogło jednak dobić się powszechnego uznania, ponieważ go nie udowodniono poszukiwaniami anatomicznemi. Autor założył sobie wykazać, że w oczach, które za życia okazywały zaćmienie jaskrowe, znachodzą się w rogówce zmiany cechujące jéj opuchlinę. Za materyjał posłużyły mu oczy dotknięte jaskrą, zapaleniem tęczówki i ciałka rzęskowego, zwłaszcza zaś liczne oczy z mięsakiem naczyniówki, w których skutkiem rozrostu nowotworu przyszło do wygórowania ucisku śródocznego.

Zmiany w samym miąższu rogówki odpowiadają opuchlinie; pomiędzy jéj blaszkami widać rozstępy próżne lub płynem skrzepłym wypełnione. Opuchlina zajmuje bardzo rzadko całą grubość rogówki w równym stopniu; dochodzi mianowicie w warstwach przodkowych do najwyższych stopni, podczas gdy tylne okazują ją w nizkim stopniu lub są jeszcze prawidłowe. Jak w przodkowych warstwach rogówki tak samo zbiera się téż ciecz opuchlinowa pomiędzy nią a błoną Bowmana, w któréj widać liczne, cieniuchne ciemne linije, przebiegające z tyłu ku przodowi, które nie są niczém inném jak nerwami udającemi się przez błonę Bowmana do przybłonka. Z temi zjawiskami łączą się bardzo uderzające zmiany przodkowego przybłonka. Powierzchnia jego jest zazwyczaj zupełnie gładka, tak, iż o odpadnięciu pojedyńczych komórek mowy być nie może. Zmiany polegają natomiast na tém, że w najgłębszéj warstwie przybłonka widać drobniutkie kropelki okrągłe lub podłużne, nieregularne a nawet rozgałęzione skutkiem zastósowania się ich postaci do poników sokowych, znajdujących się pomiędzy komórkami. Treść ich jest jednostajna lub drobnoziarnista. Te drobniuchne nagromadzenia cieczy albo się ciągną daléj po pod komórki podstawowe, tak iż warstwa cieczy oddala je częściowo lub całkowicie od błony Bowmana, albo téż, co się częściéj wydarza, ciecz przeciska się ku górze pomiędzy środkowe warstwy przybłonka. Ciecz ta dostaje się pod przybłonek przez kanaliki nerwowe. Prawie w każdéj rogówce, zmienionéj w ten sposób, znajdują się miejsca, w których nagromadzenia się cieczy doszły do tego stopnia, iż przybłonek w postaci małych wzgórków albo pęcherzyków podnoszą. Pęcherzyki te bywają niekiedy tak duże, iż je gołém okiem widzieć można, co *keratitis vesiculosa* nazywają.

W niektórych przypadkach widział autor nowoutworzoną, bezpostacią błonę pomiędzy błoną Bowmana a przybłonkiem, barwiącą się od karminu mocniéj niż błona Bowmana, a niemal tak ciemno jak blaszki rogówkowe. Błonę tę autor poczytuje za cienką warstwę cieczy, która] przez błonę Bowmana wystąpiła i jeszcze za życia skrzepła. W tych przypadkach, w których włóknista, tęga, nowoutworzona błona rogówkę na większéj przestrzeni pokrywa, może skutkiem zebrania się cieczy pod nią przyjść do powstania większéj bańki, *keratitis bullosa*. Takie bańki, mające po kilka milimetrów średnicy, wypełnione bywają tylko miernie, tak iż chełboczą, a ciecz zbiera się w dolnéj części bańki, która skutkiem tego wydyma się workowato. Wszystkie te zmiany, dopiero co opisane, autor uważa za wyraz opuchliny wszystkich warstw rogówki. Z doświadczeń Kniesa i Weissa wynika, że w oku zdrowém prąd cieczy przenika rogówkę od tyłu ku przodowi i aż do przybłonka dochodzi. W stanie prawidłowym jest ilość téj cieczy nadzwyczaj mała, w stanie chorobowym atoli przesączanie wzmaga się zapewne tak w skutek zmian komórek przybłonka, jakotéż w skutek podwyższenia ucisku śródocznego. Ciecz dostawszy się do rogówki znajduje największą przeszkodę w posuwaniu się naprzód w błonie Bowmana i dla tego gromadzi się przed nią w powierzchownych warstwach miąższu rogówkowego. Opuchlina jest téż tutaj najmocniejszą, pomimo, iż jéj właśnie powierzchowne warstwy z powodu zbitszego utkania najmniéj sprzyjają. Opuchlina ta jest bezpośrednią przyczyną zaćmienia jaskrowego z powodu obecności warstewek cieczy o mniejszéj sile łamiącéj pomiędzy mocniéj łamiącemi warstwami tkaniny rogówkowéj. Że nasiąknienie rogówki cieczą sprowadza natychmiast zaćmienie, uczy znane doświadczenie, że rogówka świeża włożona w wodę pęcznieje i staje się nieprzeźroczystą. Tak samo zachowuje się ona w razie nasiąknienia cieczą wodną. Odnosząc zaćmienie rogówki do opuchliny łatwo zrozumieć, że ono tak łatwo powstaje i znów bez śladu ustępuje. Równocześnie z jaskrowém zaćmieniem rogówki stwierdzić można zmniejszenie, a niekiedy zupełne zniesienie jéj czułości, co autor w ten sposób tłumaczy, że ciecz przebierająca się w zwiększonéj ilości przez poniki nerwowe nasiąka w nerwy i ugniata je i poraża. W miejscach, w których przybłonek wznosi się pęcherzykowato, ulegają włókna nerwowe przerwaniu, tam zaś gdzie warstwa cieczy skrzepłéj utworzyła się pomiędzy błoną Bowmana a przybłonkiem przychodzi do takiego przerwania prawie na całéj rozległości rogówki. W końcu wspomina autor, że zaćmienie rogówki, zbliżone bardzo do jaskrowego, napotyka się także w przypadkach zapalenia tęczówki i ciałka rzęskowego. (*A. Graefe's Archiv. XXVII*, 3, str. 66—92).

Rydel.

Abadie: **Leczenie oderwania siatkówki za pomocą nakłócia galwanicznego.**

Oderwanie siatkówki jest cierpieniem, które najczęściéj bywa skutkiem przyczyn miejscowych, można więc starać się o usunięcie go środkami czysto chirurgicznemi. Spostrzeżenia kliniczne, anatomija patologiczna i doświadczenia na zwierzętach dowodzą, że w miejscach zapalenia siatkówki i naczyniówki, samorodnego lub sztucznie wywołanego, wytwarzają się przyczepy tych dwóch błon. Usiłując wytworzyć takie przyczepy sztucznie można mieć nadzieję, że się uda przytwierdzić siatkówkę do błon pod nią położonych. Ażeby to osiągnąć, A. przekłówa twardówkę i naczyniówkę, o ile można najdaléj ku tyłowi po za ciałkiem rzęskowém, wązkim nożykiem platynowym rozżarzonym do czerwoności za pomocą stosu galwanicznego. Ciecz podsiatkówkowa wypływa, a w miejscu przekłócia błon ocznych wytwarza się zapalenie zlepne, które siatkówkę przytwierdza. Ten sposób leczenia A. zastósował w 8 przypadkach; w 6 z nich, bardzo zadawnionych, osiągnął tylko przemijające polepszenie, w 2 natomiast, gdzie oderwanie było ograniczone, utrzymywał się skutek zadowalający. W żadnym z nich nie powstała zbyt silna reakcyja i nie było złych następstw. Uderzony znaczném obniżeniem ucisku śródocznego, utrzymującém się po przekłóciu galwaniczném, A. wpadł na pomysł zużytkowania téj własności w przypadkach jaskry, w których tak irydektomija jak i sklerotomija są bezskuteczne. Wypadki otrzymane zachęcają do dalszych doświadczeń. Pracę odczytaną na posiedzeniu Towarzystwa chirurgicznego z dnia 23 listopada 1881 odesłano celem zbadania do komisyi złożonéj z panów Perrina, Panasa i Giraud-Teulona. (*Gaz. hebd.* z 9 grudnia 1881). *Rydel.*

Prof. E. Hofmann (we Wiedniu): **O sądowolekarskiém sprawdzaniu tożsamości zwłok.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Trzeciém zadaniem jest oznaczenie wieku. Długość ciała, odżywienie, jakość włosów i zębów mogą zawodzić, dlatego, zwłaszcza mając przed sobą zwłoki gnijące lub w inny sposób zmienione, należy posiłkować się stósunkami wewnętrznemi; a mianowicie stanem kości i chrząstek, a nawet pewnych części miękkich.

W oznaczaniu okresu życia począwszy od urodzenia aż do wzrostu zupełnego uwzględnia się oprócz długości kośćca także postęp kostnienia poszczególnych kości. Tu przytacza autor szczegóły z dzieła Henlego odnoszące się do sprawy kostnienia aż do okresu rozkwitu. W 18 roku życia kręgi krzyżowe zlewają się ze sobą, po 20ym znika szew pomiędzy kością klinową a potylicą i ostatni szew poprzeczny ciała, to jest szew mostkowy, a nasada górna kości ramieniowéj zrasta się z trzonem; na przekroju jednak jeszcze można rozróżnić nasadę od trzonu po jaśniejszém zabarwieniu i utkaniu luźniejszém. Między 20—40 rokiem życia nie ma żadnych zmian charakterystycznych, stopień zużycia zębów zaś jest podstawą bardzo niepewną. Między 40—50 rokiem zrasta się trzon mostkowy z wyrostkiem mieczykowatym oraz kostnieją chrząstki krtaniowe i żebrowe. W wieku schyłkowym znikają szwy czaszkowe, i rozpoczyna się zanik starczy kości, przedewszystkiém czaszkowych; ciężar czaszki zmniejsza się, ściany jego cieńczeją. Najbardziéj uderzają pod tym względem szczęki. Ale i kości kadłuba stają się cieńszemi, lżejszemi i kruchszemi, istota gąbczasta zanika. Uwzględnić jednak należy, że zanik kości nie zawsze jest następstwem wieku schyłkowego.

Po wielkości organów wewnętrznych można w przybliżeniu ocenić, czy mamy do czynienia ze zwłokami dziecięcia lub osoby starszéj. Należy się atoli mieć w téj mierze na baczności, jeżeli mamy przed sobą zwłoki mocno zwęglone. Fakt już dawniéj wykazany stwierdziły w nowszych czasach spostrzeżenia autora i sprawozdawcy, że skutkiem działania płomienia trzewa, a zwłaszcza mózgowie, w całości kurczą i zmniejszają się; mózgowie dorosłego może wtedy dojść do objętości dwóch pięści lub jednéj, a nawet do objętości pomarańczy lub cytryny i tym sposobem na pierwszy rzut oka przedstawić się jak organ niemowlęcia.

Stan fizyjologiczny trzew o tyle posłużyć może za podstawę ocenienia wieku, o ile w sercu rozpoznać możemy obok jego objętości zachowanie się t. zw. dróg płodowych i stósunek grubości obu komórek; w przyrządzie zaś płciowym niewieścim rozróżnić się daje macica dziecięcia od macicy osoby dojrzałéj, macica dziewicza od macicy osoby, która przebyła ciążę, następnie gładkość lub nierówność jajników oraz pewne zmiany patologiczne, właściwe tylko wiekowi późniejszemu.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Wiadomości pomniejsze.

(F. M.) **Przepłukiwanie żołądka przeciw uporczywym wymiotom.** Cérenville przytacza kilka przypadków, w których ten sposób uwieńczony był świetnym skutkiem. I tak wspomina o 22-letnim mężczyźnie, który upadłszy na głowę, doznawał długi czas zawrotów głowy i wymiotów. Bolesności w okolicy żołądka nie było żadnéj, nieżytu, w ogóle żadnego cierpienia żołądka nie można było wykazać. Leczono chorego całym arsenałem środków wewnętrznych, użyto kuracyi wodnéj, elektryczności, a wymioty trwały bezustannie. Po wyczerpnięciu wszystkich środków zaczął C. przepłukiwać żołądek chorego, z początku czystą wodą, późniéj wymokiem kwasyi; po czterech dniach objawy chorobowe ustąpiły. Również pomyślny skutek osiągnął autor u dziewczyny cierpiącéj od lat 20 na wymioty, pomimo iż prócz wysięku okołomacicznego nie cierpiała na żadną z chorób żołądka. Dwom suchotnikom, u których kurczowemu kaszlowi towarzyszyły wymioty, przepłukiwanie żołądka przyniosło stanowczą ulgę. (*Ctrbl. f. kl. M.* 34).

Wpływ pilokarpinu na włosy. Ciekawy przypadek podaje Prentis w *Philadelphia Medical Times*. W przypadku *pyelonephritis* z długotrwającą anuryją u kobiety dwudziestopięcioletniéj wstrzykiwano pilokarpin. W dwanaście dni po rozpoczęciu używania tego środka jasno blond włosy pacyjentki poczęły nagle ciemnieć; po 26 dniach były ciemno brunatne, a w cztery miesiące późniéj zupełnie czarne, mimo że już po siedmiu tygodniach zaprzestano używać pilokarpinu. Zmian w budowie włosów nie dostrzeżono żadnych pod mikroskopem prócz tego, że włosy zgrubiały i że zawierały barwik, na innych częściach ciała włosy także zciemniały ale w mniejszym stopniu niż na głowie. Przy téj sposobności zasługuje też na uwagę przypadek podany przez p. André a wykazujący skuteczność pilokarpinu w *alopecii*. Kobieta trzydziestotrzyletnia utraciła wszystkie włosy na głowie, brwiach, rzęsach, pod pachami i na wzgórku łonowym. Po bezskuteczném użyciu różnych leków, wstrzykiwano centigram wodochloranu pilokarpinu pod skórę na czaszce i bez szkody zwiększano dawkę do 2·5 Poty były tak obfite, iż chora wracając

po każdém wstrzykiwaniu dwie mile do domu, miewała buty przepełnione potem. W trzy tygodnie jednakże pojawiły się włosy na głowie i po dziesięciu tygodniach wstrzykiwań dosięgły długości dwóch centymetrów. Pojawiły się téż włosy i na innych częściach ciała. (*The Lancet* 1882, I, Nr. 2).

(A. K.) **Podskórne wstrzyknięcie pilokarpinu azotowego leczy ostry obrzęk głośni.** Dr. Sorel zastosował rzeczony lek w przypadku obrzęku głośni u wyzdrowieńca z duru brzusznego; dwukrotne wstrzyknięcie po 0,01 usunęło przypady tego grożnego powikłania. (*Journ. de Med. de Paris.* Grudzień, 1881).

(A. K.) **Nitroglicerynę** z powodzeniem stosuje Dr. Hammond *a)* w połowiczym bólu głowy, *b)* w padaczce, *c)* w dusznicy bolesnéj. Hammond podaje dziennie po 1—3 kropel 1% rozczynu. (*The New. York Med. Rec.*, 1881).

Nowa choroba zawodowa. Dr. Schwabach widzi w niedosłyszeniu konduktorów i maszynistów przy lokomotywie nową chorobę zawodową. Uważał on, że przytępienie słuchu u tych ludzi jakotéż procent chorych wzmaga się w miarę lat służby. Z 160 badanych urzędników znalazł S. 33 niedosłyszących, a zatém 20 do 25 proc. Naturalnie, że w początkach służby choroba ta nader nielicznie się pojawia. Pomiędzy 59 urzędnikami z czasem służby do 5 lat, było tylko 5 tępo słyszących, tj. tylko 8,4%. Między urzędnikami służącymi wyżéj nad 5 lat coraz więcéj się napotyka niedosłyszących, a i stopień niedosłyszenia się wzmaga. Między 28 urzędnikami, z czasem służby od 6 do 15 lat, było 10 niedosłyszących, z 5 zaś urzędników służących więcéj niż 25 lat, u 4 stwierdzono upośledzenie słuchu już w wysokim stopniu. (*Allg. med. Centr. Ztg.*) *L. K.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie z dnia 19go grudnia 1881.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 12.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący powitawszy obecnych, po raz pierwszy po feryjach zgromadzonych, poświęcił kilka słów wspomnienia zmarłemu w d. 23 listopada 1881 koledze Dr. Wincentemu Kułakowskiemu, który podczas ubiegłéj pory zdrojowéj, pełniąc obowiązki lekarza zdrojowego w Rabce, zjednał sobie powszechne uznanie i życzliwość. Obecni przez powstanie oddali hołd pamięci zmarłego kolegi.

3) Przewodniczący złożył do księgozbioru komisyi prace w darze nadesłane, a mianowicie: Od członka komisyi Dra D. Wierzbickiego prace tegoż: 1. Ozon atmosferyczny i roczny ruch jego według 25-letnich spostrzeżeń obliczony. Kraków 1881; s. 67 z tablicą. 2. Kopernik jako lekarz, w 8ce, str. 12. 3. Jan Kanty Steczkowski. Kraków, 1882, str. 14. Od Dra J. Majkowskiego lekarza zakładów zdrojowych w Busku dwa sprawozdania o chorych leczonych tamże w latach 1879 i 1880; wreszcie uwiadomił, iż Redakcyje czasopism balneologicznych: *der Cursalon* i *die österreichische Badezeitung* nadsyłały te pisma.

4) Przewodniczący przedstawił potrzebę wysłania i w roku bieżącym odezwy do zakładów zdrojowych i leczniczych o nadesłanie sprawozdań z ubiegłéj pory zdrojowéj; po odczytaniu téjże uchwalono odezwę tę posłać do wszystkich zakładów zdrojowych i leczniczych w Galicyi.

5) Prof. Dr. Olszewski przedłożył wynik rozbiorów chemicznych 140 studzien krakowskich, dokonanych wspólnie z p. K. Trochanowskim. W rozbiorach powyższych uwzględnił następujące składniki: 1. ogólną ilość składników stałych, 2. twardość ogólną, 3. twardość czasową, 4. twardość trwałą, 5. tlenek wapniowy, 6. tlenek magnowy, 7. chlor, 8. kwas siarkowy, 9. kwas azotowy, 10. kwas węglowy, 11. kwas azotawy, 12. amonijak, 13. ciała organiczne. Prelegent objaśnił rzecz tablicą obejmującą zestawienie wszystkich 140 studzien według wzmagającéj się ogólnéj ilości składników stałych, w któréj to tablicy ilość pojedyńczych składników wyrażoną jest graficznie, za pomocą linij krzywych różnobarwnych. Tablica ta wykazuje, iż wody krakowskie zawierają w 1 litrze:

	minimum	maximum
składników stałych	0·370 gm.	5·453
kwasu azotowego	0.0	0·790
chloru	0·014	1·145
kwasu siarkowego	0·013	0·680
kwasu azotawego	—	b. znaczny ślad
amonijaku	—	0·015
ciał organicznych	0·004	0·039
okazują twardość ogólną	24°	190°.

Z pomiędzy 140 badanych wód studziennych 6 tylko nie zawiera kwasu azotawego, wód tych nie można jednak uważać za najlepsze, gdyż wszystkie 6 zawierają ślady amonijaku a dwie nadto ślady kwasu azotawego.

Na 140 badanych studzien, 40 tylko jest wolnych od NH_3, NO_3 i znaczniejszych ilości ciał organicznych (do 15 milgr. na litr).

29 studzien zawiera składników stałych niżéj 1 grama w litrze; z tych zaś tylko 12 należy do 40 powyżéj wspomnianych. Studnie te, które należy uważać za najlepsze, są następujące: 1. Rakowice, dom cmentarny, 2. koszary Rudolfa, 3. Kleparz, ulica Tania l. 172, 4. Wesoła, obserwatoryjum, 5. Kleparz, plac główny, 6. ulica Batorego l. 92—93, 7. ulica Lubicz l. 1, 8. ulica Widok, 9. plac kolejowy, 10. ulica św. Marka, szkoła żeńska, 11. ulica Karmelicka l. 62, 12. Wesola, Klinika.

Stopień zanieczyszczenia wód krakowskich można ocenić zestawiając skład wody najlepszéj, średniéj i najgorszéj.

	Woda najlepsza.	Woda średnia.	Woda najgorsza.
Miejsca badanéj wody	Koszary Rudolfa	Hotel Dreździeński	Kazimierz. Ulica Wązka.
Składników stałych	0·553 gm.	1·439	5·453
Twardość ogólna	34°	60°	190·°4
Twardość czasowa	25°	27·6°	67·4°
Twardość trwała	9°	32°4	123°
Tlenku wapniowego	0·165	0·265	0·856
Tlenku magnowego	0·021	0·056	0·168
Chloru	0·021	0·159	1·145
Kwasu siarkowego	0·044	0·134	0·680
Kwasu azotowego	0·046	0·169	0·790
„ węglowego	0·090	0·143	0·242
„ azotawego	—	—	ślad
Amonijaku	—	—	—
Ciał organicznych	0·005	0·010	0·036

Woda w koszarach Rudolfa odpowiada prawie wszystkim warunkom dobréj wody do picia, mylne zatém jest zdanie, jakoby w Krakowie, a nawet w promieniu jednomilowym naokoło Krakowa, nie było dobréj wody do picia.

Najczystsze wody znachodzą się w stronie północno-wschodniéj, t. j. w okolicy cmentarza i koszar Rudolfa; w miarę zaś posuwania się ztamtąd w kierunku południowo zachodnim, t. j. ku Wiśle, a mianowicie ku Kazimierzowi, zanieczyszczenie wzrasta.

Z porównania teraźniejszych rozbiorów z rozbiorami tychże samych wód studziennych wykonanemi przez prof. Olszewskiego przed 10 laty okazuje się: że zanieczyszczenie wód krakowskich wzrasta, gdyż tak ilość składników stałych wzmogła się w przeważnéj liczbie porównywanych studni, jakotéż zwiększyła się ilość studni zawierających amonijak, a mianowicie kwas azotawy.

Nad odczytem prof. Olszewskiego wszczęła się żywa dyskusyja, w któréj brali udział: Dr. Warschauer, Dr. Skórczewski i fizyk m. Krakowa Dr. Buszek. Ostatni uważa pracę prof. Olszewskiego i Dra Trochanowskiego za nader cenną i zasługującą ze wszech miar na uznanie ze strony reprezentacyi miasta; praca ta bowiem wykazuje aż nadto wybitnie, jak naglącą jest potrzeba zaopatrzenia Krakowa w zdrową wodę. Wyniki rozbiorów niektórych wód studziennych dokonanych przez prof. O. przed 10 laty i obecne dowodzą, że zanieczyszczenie ich jest dzisiaj 14 razy większe, niż przed 10 laty. Ilość produktów ostatecznych i pośrednich gnicia, jak kwasu azotowego, amonijaku i kwasu azotawego, jest w nich obfitsza. Chlorki również znacznie się w nich wzmogły, zkąd wniosek, iż dostawanie się części gnilnych

do gruntu i wody gruntowéj odbywa się ciągle i w większéj ilości, oraz że grunt miasta Krakowa należałoby koniecznie zabezpieczyć od dalszego zanieczyszczenia przez budowę należytych kanałów i dołów kloacznych. Zastanawia go dobroć wody na cmentarzu, gdzie groby leżą nad warstwą wodonośną trzeciorzędnych iłów i woda gruntowa musi wyługowywać ciała gnijące. Przypuszcza, że prąd wody gruntowéj jest skierowany ku porzeczu Wisły, a nie ku studni cmentarnéj. Największe zanieczyszczenie wód studziennych na Kaźmierzu kładzie na karb największéj nieczystości tego przedmieścia i téj okoliczności, że tamże spływają wody gruntowe z wyżéj położonych części miasta już znacznie zanieczyszczone. Wymieranie dzieci dwa razy tak wielkie na Kazimierzu jak w mieście, uważa w części za następstwo tego znaczniejszego zanieczyszczenia wód Kaźmierskich, gdzie przeszło o 2% więcéj ginie dzieci z cierpień przewodu pokarmowego. Studnie niektóre bardzo blizko położone miewają bardzo różny skład chemiczny zależnie od miejscowych stosunków gruntu, a względnie ścian kloacznych. Studnie na przedmieściu Piasku zawierają kwas siarkowodowy wywięzujący się z siarkanów i torfowiska i okazują zmienny skład zależnie od wilgotności i ciepłoty gruntu ułatwiającéj rozkład części organicznych i od dopływu nieczystości z powierzchni podworców i z wychodków.

6) Prof. Olszewski okazał przyrząd do napełniania flaszek wodami żelezistemi przy pomocy kwasu węglowego. Wody w ten sposób do flaszek wlane zachowują przez długi czas swój skład chemiczny niezmieniony. Prelegent przedstawił kilka próbek wód tym sposobem napełnionych, które okazały się zachowane w zupełnéj czystości, podczas gdy wody innemi sposobami napełniane uległy rozkładowi. (Opis przyrządu okazanego zamieścił prof. O. w Nrze 45 i 46 Przegl. Lek. z r. 1881).

Doc. Dr. Poniklo.

V. Listy z Paryża.

II.

Ze szpitala Lariboisière — Przypadek *hepatitis interstitialis hypertrophica.*

(Dokończenie. Patrz Nr. 4).

Stan obecny: Chory źle odżywiony, podściółki tłuszczowéj brak prawie zupełny. Mięśnie wiotkie. Lekkie obrzmienie nóg około kostek. Stan bezgorączkowy, tętno 72, małe, dość miękkie. Skóra twarzy i reszty ciała zabarwiona żółtawo z odcieniem ziemistym, jest bladą, suchą i łuszczącą. Język obłożony i nieco obrzmiały. — Na szyi znacznie wychudłéj nie ma zresztą zmian chorobowych znaczniejszych.— Płuca i serce okazują stosunki normalne. — Brzuch w całości miernie wzdęty; na jego skórze zaledwie tu i owdzie rozszerzone żyły. Przy obmacywaniu brzucha chory skarży się na bolesność w podżebrzu prawém. Brzeg dolny wątroby sięga w linii sutkowéj aż do linii pępkowéj, w linii środkowéj dwa palce wyżéj pępka; lewy płat wątroby sięga aż do linii pachowéj przodkowéj lewéj. Brzeg wątroby jest twardy, tępy, nie zupełnie gładki, nie przedstawia jednak znacznych nierówności; podobnież powierzchnia wątroby. Wątroba w całości mało ruchoma. Brzeg dolny śledziony wystaje na trzy palce z pod łuku żebrowego, jest dość gruby i twardy. Zresztą brak obrzęku w jamie brzusznéj. Perkusyja stwierdza poprzednio podane wymiary wątroby i śledziony; wymiary żołądka powiększone. Po nad kiszkami odgłos jawny bębenkowy. W jamie brzusznéj tylko skąpa ilość płynu wolnego.

Mocz skąpy, ciemno-cisy, oddziaływa kwaśno; ślad białka, mierna ilość barwików żółciowych, w osadzie sporo moczanów.

Rozpoznanie *Hepatitis interstitialis hypertrophica* stwierdziło się więc w zupełności.

Leczenie ograniczało się do wzmacniania sił chorego z jednéj strony, a z drugiéj do uczynienia mu jego stanu jak najmniéj przykrym, — zadanie równie trudne jak poprzednie.

Rokowanie już ze względu na chorobę rozpoznaną w zasadzie niepomyślne, pogorszyło się jeszcze w obec stanu sił i odżywienia, jakie chory teraz przedstawiał, nie było wątpliwości, że katastrofa się zbliża. Napadów podobnych do owego, jaki chory miał za pierwszym pobytem w szpitalu (w ostatnim tygodniu), doznał jeszcze trzy razy, pierwszy 21go listopada, drugi 17go grudnia. Te oba trwały nieco dłużéj niż poprzednie, lecz ból nie był tak silnym jak poprzednio i gorączka nie tak wysoką. Żółtaczka powiększyła się nieco za każdym razem, a za drugim można także było stwierdzić powiększenie rozmiarów wątroby. W przerwach między napadami chory był w stanie bezgorączkowym, skarżył się jednak na znaczne osłabienie i upadek sił. Brak apetytu, skłonność do wymiotów i rozwolnienia przyczyniały się do tego. Ilość płynu wolnego w jamie brzusznéj zwiększała się tylko nieznacznie, podobnież obrzmienie odnóg dolnych. Stolce wolne, rzadziéj zbite, okazywały od czasu do czasu widoczne odbarwienie. Zmiany w moczu ograniczały się do małego zwiększenia ilości białka. Odżywienie chorego coraz więcéj podupadało. — Wreszcie dnia 9go stycznia rb. pod wieczór chory dostał znowu boleści w okolicy wątroby i wymiotów; ciepłota podniosła się do 38·7°C., tętno przyspieszone, 96, lecz niepełniejsze, a miększe niż dotąd. Na drugi dzień rano około 8méj bóle jeszcze nie ustały mimo już dwukrotnego wstrzyknięcia lekkiego rozczynu morfinu; wymioty ustąpiły miejsca bezwiednemu oddawaniu wolnych stolców, które były nie zupełnie odbarwione; ciepłota podniosła się do 39·3°C. Tętno 124, chybkie, małe i miękkie. Chory utraca zwolna przytomność, zaczyna majaczyć, usiłuje wstać z łóżka, krzyczy słabym głosem na wstrzymujących go posługaczy. Około godziny 1széj nagłe omdlenie, kilka skurczów konwulsyjnych mięśni odnóg dolnych i górnych— śmierć.

Sekcyja odbyta dnia następnego wykazała: Odżywienie złe, skóra sucha, łuszcząca się, żółto-ziemista. Kości czaszki dość grube; owal czaszki miernie regularny. Opona twarda dość gruba, blada, jéj powierzchnia wewnętrzna połyskująca. Opony miękkie nieco zaćmione; przestwory podpajęcze miernie wypełnione płynem żółtawym, niemętnym. Mózg dość miękki, bezkrwisty; komórki boczne zawierają również mierną ilość płynu żółtawego. Płuca oba niezmienione, tylko z dolnych części można wycisnąć nieco płynu pienistego. Serce okazuje lekki stopień rozszerzenia komórki prawéj i przerostu komórki lewéj; mięsień serca kruchy, barwy żółtawo-brunatnéj. W tętnicy głównéj początek procesu ateromatycznego bez zmian na zastawkach. W jamie brzusznéj 1½ do 2 litrów wolnego płynu. Wątroba przynajmniéj w dwójnasób powiększona, waży 2.800 grm.; jéj powierzchnia jakby drobno marmurkowana, przypomina nieco powierzchnię płuc z jéj wciągnięciami i małemi nieco wypukłemi wysepkami; brzeg jéj twardy, nieco zaokrąglony, niegładki. Tylko w jednêm miejscu powierzchni prawego płatu tuż obok *ligamentum teres* wątroba stoi w związku z łukiem żebrowym za pomocą bardzo krótkiéj szypułki z tkanki łącznéj mającéj do ½ cm. grubości; w miejscu przyczepienia téj szypułki do powierzchni wątroby ta ostatnia okazuje silniejsze zbliznowacenie tkanki w okręgu nieregularnym mającym do 2 cm. średnicy. (Miejsce to odpowiada zapewne przebytemu

przed paru laty zapaleniu otrzewny). Zresztą powierzchnia wątroby, jakkolwiek nie jest normalnie gładką, przecież nie przedstawia takich nierówności, jakie napotykamy w zwykłéj *Cirrhosis* lub wcale w raku wątroby. Na przekroju wątroba okazuje barwę żółto-brunatną z odcieniem zielonawym, przy krajaniu trzeszczy; zbitość jéj bardzo silna tak, że rozedrzeć jéj prawie nie można. Na przekroju widać bardzo wiele wysepek od wielkości ziarna siemienia do ziarna sporego grochu, z których niektóre nieco nad powierzchnię wystają; wysepki te okazują resztki względnie prawidłowego miąższu wątroby, są jednak nieco jaśniejsze (stłuszczenie). Pomiędzy sobą oddzielone one są grubą, ścięgnisto-twardą, tkanką łączną przerastającą we wszystkich kierunkach miąższ wątroby szczególnie wzdłuż przebiegu przewodów żółciowych i naczyń.—Śledziona również znacznie powiększona okazuje brzeg tępy, jest dość zbitą, na przekroju nieco połyskuje. Żołądek miernie rozszerzony zawiera nieznaczą ilość śluzu; jego błona śluzowa jest zgrubiałą, pofałdowaną i ciemniéj zabarwioną niż normalna. W kiszkach objawy nieżytu chronicznego bez owrzodzeń choćby powierzchownych. Nerki obie nieco mniejsze, kruche, okazują lekki stopień zwyrodnienia skrobiowatego.

Oto jest historyja choroby przypadku obserwowanego, do któréj chciałbym jeszcze dorzucić słów kilka o chorobie saméj. Według autorów francuzkich jest to choroba *sui generis*, różniąca się znacznie od zwyczajnéj *Cirrhosis hepatis.* Zdanie przeciwników tego rozdziału, jakoby chorzy, u których to cierpienie rozpoznano, przedstawiali właściwie tylko pierwszy okres zwykłéj marskości, gdzie jednak do końcowego skurczenia się wątroby właściwego téj chorobie przyjść nie mogło, gdyż chorzy ulegli cierpieniu, zanim ono się mogło należycie rozwinąć, — zdanie to nie jest uzasadnionėm. Przeciwko niemu przemawia w pierwszéj linii już samo trwanie choroby; bo znaném jest, że zwykła marskość najdaléj w trzech latach kończy się śmiertelnie, — gdy tymczasem ta *Hepatitis interstitialis hypertrophica* trwa 4 do 6 lat, czasem podobno i do 10 lat. Co więcéj: w zwykłéj marskości wątroby wyniszczenie chorego postępuje prawie równocześnie z kurczeniem się i zanikiem wątroby, podczas gdy w cierpieniu opisaném odżywienie chorego podupada i wyniszczenie postępuje, w miarę jak wymiary wątroby rosną, choć i tu bezsprzecznie przychodzi również do zaniku właściwego miąższu wątroby.

Za rozdziałem obu form przemawia daléj różność zmian anatomicznych; jakkolwiek bowiem w obu występuje przerost tkanki łącznéj a zanik miąższu wątroby, to przecież i wynik i punkt wyjścia są różne. Autorowie bowiem francuzcy skłaniają się przeważnie do zdania, że pierwsze początki bujania zapalnego tkanki łącznéj w téj formie zapalenia wątroby mają miejsce w otoczeniu kanalików żółciowych i bujanie to wciska się następnie aż pomiędzy komórki wątrobowe; podczas gdy w zwykłéj marskości pierwszy początek ma wychodzić z otoczenia naczyń (według Rindfleischa z otoczenia rozgałęzień *Venae portae)*, a pojedyńcze uciśnięte części miąższu wątroby są zwykle o wiele większe i zawierają tylko małą ilość tkanki łącznéj.

Etyjologija jest dla obu form taż sama; główną rolę odgrywa tu i tam nadużywanie napojów wyskokowych. W przebiegu jednak występują znowu dość znaczne różnice podczas kiedy objawy ze strony wątroby w zwykłéj marskości są z początku rzadkie lub niewyraźne, — *Hepatitis hypertrophica* rozpoczyna się w większéj połowie przypadków od dość silnych bólów w okolicy wątroby, którym zwykle towarzyszy gorączka od 38—39.5°C., często wymioty, a czasem już przy jednym z pierwszych napadów i żółtaczka, która raz się pojawiwszy zwykle już nie ustępuje aż do śmierci. Napady takie powtarzają się nieregularnie co kilka tygodni i trwają kilka do 24 godzin. Za każdym napadem wątroba staje się większą.

Objawy ze strony przewodu pokarmowego i narządu moczowego są mniéj więcéj jednakie w obu chorobach. W dalszym biegu widzimy znowu odmiany: wysięki surowicze, zwyczajne w zwykłéj marskości, występują stosunkowo rzadko w przebiegu choroby wyżéj opisanéj. Podobnież ma się rzecz z rozszerzeniem żył skórnych brzucha. Śledziona w obu cierpieniach przybiera znacznie na rozmiarze. Z komplikacyi nadmienić należy częstość zapalenia otrzewny w *Hepatitis interstitialis hypertrophica.* Wreszcie zejście śmiertelne następuje w obu chorobach skutkiem wynędznienia; w *Hepatitis hypertrophica* jednak o wiele późniéj niż w marskości bo po 4 do 6ciu, a według Jaccouda, nawet po 10 latach.

Paryż w styczniu 1882. *Dr. Gwiazdomorski.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna m. Krakowa odbyła d. 4 bm. pod przewodnictwem Dra Warschauera posiedzenie, na którém: 1) Dr. Buszek oświadczył, że komisyjnie stwierdzono należytą desinfekcyję domu służby kolejowéj, jakoteż że w sadzawce między dworcem kolejowym a ogrodem Strzeleckim, do któréj spływa woda z kotłów parowych, nie znaleziono procesu gnicia. Odprowadzanie wody z téj sadzawki jest niemożebném, gdy ulica Lubicz nie ma kanału. Koléj północna ma podobnoś zamiar przyczynienia się pewną kwotą do budowy kanału. — 2) Tenże podał do wiadomości: *a)* Rozporządzenie Ministerstwa spraw wewnętrznych zakazujące ponowne używania farb anilinowych do barwienia pokarmów i napojów. *b)* Rozporządzenie Namiestnictwa, według którego wydawanie z cła środków lekarskich zagranicznybh będzie i nadal zależném od pozwolenia protomedyka. *c)* Doniesienie Namiestnictwa o nowéj taksie leków. *d)* Ogłoszenie konkursu na posadę akuszerki w Wiśniczu. *e)* Projekt instrukcyi do zamieszkania nowo wybudowanych domów. *f)* Nie udzielenie pozwolenia pod względem zamieszkania kilku nowych domów. *g)* Odbycie rewizyi w cukierniach i garkuchniach, przyczém polecono niedostatecznie pobielane naczynia miedziane natychmiast pobielić. *h)* Ukaranie Kalicińskiéj za nieprawne trudnienie się praktyką akuszeryjną na Kazimierzu. *i)* Odbycie rewizyi aptek w mieście z Protomedykiem, przyczém znaleziono niektóre wagi niecementowane. Przy téj sposobności objawiła Komisyja życzenie, aby Magistrat wyjednał u odpowiednich władz uprawnienie urzędu cementniczego krakowskiego do cementowania także wag i ciężarków aptekarskich, które aptekarze krakowscy obecnie do Wiednia posyłać muszą. *k)* Zaproszenie do wzięcia udziału w tegoroczméj wystawie higijenicznéj berlińskiéj. — 3) Tenże przedstawił obraz szerzenia się tyfusu plamistego w mieście w ciągu ubiegłego roku i bieżącym, nadmienił o środkach przeciwko dalszemu szerzeniu się téj choroby, a zarazem stwierdził, że ogólna śmiertelność w roku ubiegłym była nieco większą aniżeli w latach poprzednich i dopiero w końcu grudnia spadła, utrzymując się dotąd na tak niskim stopniu, jaki w niektórych poprzednich latach tylko w miesiącach od maja do sierpnia zauważano. — 4) Na wezwanie prezydenta miasta wybrano prof. Domańskiego i prof. Stopczańskiego do Komisyi mającéj się zająć ścisłém opracowaniem referatu w sprawie czyszczenia kanałów i dołów kloacznych.—5) Na wniosek prof. Domańskiego uchwalono przedstawić Magistratowi potrzebę polecenia Urzędom rogatkowym, aby te nie wpuszczały do miasta lodu nieczystego i w ogóle pochodzącego z miejsc podejrzanych, jakoteż, aby Magistrat równocześnie zawiadomił o tém strony sprowadzające lód do miasta. Przytém wywiązała się dłuższa dyskusyja nad składaniem lodu w piwnicach w mieście, o szkodliwości wynikającéj ztąd dla budowli i gruntu budowlanego a

względnie i zdrowia mieszkańców.—6) Tenże poruszył sprawę udzielania pozwoleń na składanie i sprzedawanie węgla po domach, zkąd pył węglowy nie tylko przyczynia się do zanieczyszczenia powietrza, ale także kamienic i placów publicznych. — 7) Dr. Zarewicz podnosi brak czystości w Sukiennicach, na co prof. Domański odpowiada, iż odpowiednia Komisyja zajęła się już tą sprawą. — 8) Prof. Domański objawia życzenie, aby Magistrat wydelegował Komisyję, któraby zarządziła odpowiednie środki celem usunięcia wielkiego gorąca panującego podczas zebrań na galeryi sali hotelu saskiego. *J. B.*

* Statystyka Wydziałów lekarskich w Cesarstwie niemieckiém. W Królewcu prof. zwyczajnych jest 10, nadzw. 9, docentów 11; w Berlinie 15 zw., 25 nadzw., 40 doc.; w Gryfii 8 zw., 6 nadzw., 5 doc.; we Wrocławiu 8 zw., 14 nadzw., 15 doc.; w Hali 9 zw., 4 nadzw., 8 doc.; w Kielu 7 zw., 5 nadzw., 8 doc.; w Gietyndze 12 zw., 6 nadzw., 6 doc.; w Marburgu 11 zw., 4 nadzw., 3 doc; w Bonnie 9 zw., 8 nadzw., 8 doc.; w Erlandze 7 zw., 4 nadzw., 5 doc; w Fryburgu 10 zw., 7 nadzw., 4 doc.; w Giessen 9 zw., 2 nadzw., 2 doc.; w Heidelbergu 11 zw., 9 nadzw., 8 doc.; w Jenie 6 zw., 7 nadzw., 1 doc.; w Lipsku 11 zw., 14 nadzw., 20 doc.; w Monachijum 15 zw., 9 nadzw., 17 doc.; w Rostoku 9 zw., 1 nadzw., 4 doc.; w Strasburgu 14 zw., 2 nadzw., 8 doc.; w Tybindze 7 zw., 2 nadzw., 2 doc.; w Würzburgu 10 zw. 2 nadzw. 13 doc.

W Uniw. pruskich płace proff. zwyczajnych medycyny wynoszą: w Królewcu od 1.800—7.000 mark., w Berlinie od 3.600—7.800, w Gryfii od 4.000—5.700, w Wrocławiu od 4.000—7.200, w Hali od 4.200—7.500, w Kielu 4.200—6.000, w Gietyndze 3.600—7.500, w Marburgu 3.500—6.000, w Bonnie 4.500—7.200. Najmniejsza więc płaca prof. zwyczajnego w Prusiech wynosi 1.800 mark a najwyższa 7.800. Z profesorów nadzwyczajnych jest bezpłatnych w Królewcu 5, w Berlinie 13, w Gryfii 2, we Wrocławiu 10, w Hali 2, w Kielu 1, w Marburgu 1 a w Bonnie 4.

W bieżącém półroczu liczba uczniów medycyny wynosi: w Berlinie 640, w Monachijum 547, w Lipsku 528, w Würzburgu 509, we Wrocławiu i Gryfii po 316, w Fryburgu 198, w Hali 191, w Królewcu 174, w Tybindze 170, w Strasburgu 166, w Marburgu 164, w Gietyndze 161, w Bonnie 152, w Heidelbergu 127, w Erlandze i Kielu po 106, w Jenie 91, w Giessen 71, Rostoku 56.

Z 20 więc Wydziałów lekarskich w Prusiech 14 liczy mniéj uczniów aniżeli Wydział lek. krakowski.

Wydziały lekarskie w Szwajcaryi w ogóle mało są uczęszczane; w Zurychu w roku zeszłym było uczniów 169, w Bernie 121, w Bazylei 100, w Genewie 82. *(D. m. Woch.* 1882, Nr. 6).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 22—28 stycznia spadła ogólna śmiertelność w Krakowie z 35,1 do 28,3 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 0, (1 z. t.); z płonicy 2 (1 z. t.); z błonicy 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t.); z duru osutkowego 2 (1 z. t.); z róży 0 (2 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 29 duru osutkowego (16 z kryminału, 5 ze szańców, 6 z obwodu III, 1 ze szpitala św. Łazarza, 1 z Podgórza). W tygodniu od 25—31 grudnia ospa w Londynie utrzymywała się w jednakowém nasileniu. Leczyło się w szpitalach 521, świeżo zapadło 87, umarło 32. W Wiedniu umarło z ospy 10, w Paryżu 9, w Pradze 8, w Petersburgu 4, w Warszawie 29. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 6, w Londynie, Saragosie, Granadzie po 2, w Amsterdamie, Walencyi i Maladze po 1. Odra złagodniała w Chrystyjanii, zapadło 291, umarło 24. Krztusiec zabrał w Londynie 124 ofiar.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 25—31 grudnia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,7; we Lwowie 33,9; w Wiedniu 29,2; w Berlinie 25,0; w Gdańsku 30,2; w Wrocławiu 32,7; w Mnichowie 31,0; w Dreźnie 32,4; w Lipsku 23,7; w Bazylei 20,1; w Brukseli 20,4; w Amsterdamie 22,3; w Paryżu 27,1; w Londynie 28,3; w Kopenhadze 25,2; w Stokholmie 19,8; w Chrystyjanii 20,0; w Petersburgu 49,8; w Odesie 27,9; w Wenecyi 24,8; w Bukareszcie 28,9; w Lizbonie 30,6; w Aleksandryi 34,6; w Nowym Yorku 28,7; w Filadelfii 20,1; w Bombaju 25,5. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 8 lutego. P. Namiestnik zamianował Dra Mieczysława Marynowskiego lekarzem powiatowym 2giéj kl. w Dąbrowy, a Dra Władysława Czyżewicza i Dra Apolinarego Tarnawskiego asystentami sanitarnymi, pierwszego w Myślenicach, ostatniego w Borszczowie.

* P. Minister oświecenia zatwierdził nominacyję Drda Romana Wodyńskiego jako asystenta przy katedrze anatomii patologicznéj w Krakowie.

* Otrzymaliśmy list od redakcyi „Časopisu lek. česk.," razem z zapewnieniem, że wykłady i odczyty na 2gim Zjeździe lekarzy i przyrodników czeskich odbędą się zarówno w polskim, jak i w czeskim języku i że koledzy nasi czescy spodziewają się ze strony naszéj licznego udziału. Redaktor Časopisu p. Dr. Chodounský (Praha-Smichov, Čechy) gotów jest do udzielania wyjaśnień.

Wypowiedzieliśmy już w poprzednim Numerze zdanie swoje, ze wzięcie udziału jak najliczniejsze w Zjeździe czeskim ze strony rodaków naszych uważamy za wywiązanie się z długu honorowego w obec kolegów czeskich, którzy tak licznie pierwsi pospieszyli na Zjazd krakowski; mamy tę nadzieję, że wielu z kolegów skorzysta z pory pięknéj podczas Zielonych Świątek i uda się do pięknéj stolicy czeskiéj, aby wziąść czynny udział w pracach Zjazdu. Tymczasem uzupełniamy wiadomość o Zjeździe, podaną w Nrze przeszłym.

Do wzięcia udziału w tym Zjeździe zapraszają się wszyscy lekarze i przyrodnicy czescy jako członkowie z wkładką 5 złr. i wszyscy zwolennicy nauk przyrodniczych i medycyny, jako uczestnicy z wkładką 3 złr.

Pierwsze posiedzenie ogólne ma być otwarte d. 27 maja o godz. 10téj zrana w wielkiéj sali na „Wyspie Zofii" a ostatnie d. 29 maja o godz. 3ciéj po południu. Dzień 30 maja przeznaczony jest na wycieczki naukowe i pożegnanie.

Na pierwszém ogólném Zgromadzeniu ustanowią się następujące Wydziały i Sekcyje Zjazdu:

I. Wydział lekarski złożony z 5 sekcyj: *a)* medycyny wewnętrznéj, przewodniczący Doc. Dr. E. Maixner; *b)* chirurgii, przew. Dr. Fr. Michl; *c)* medycyny teoretycznéj przew. Dr. K. Chudoba; *d)* medycyny sądowéj, przew. Dr. W. Bělohradsky; *e)* farmaceutycznéj, przew. Dr. A. Jandouš.

II. Wydział matematyczny, złożony z 2 sekcyj: *a)* matematycznéj, przew. prof. A. Panek, *b)* fizycznéj. przew. prof. Dr. A. Seydler.

III. Wydział przyrodniczy, złożony z 3 sekcyj: *a)* przyrodniczéj, przew. Doc. Dr. Fr. Vejdovský; *b)* chemicznéj, przew. Doc. Dr. B. Rayman; *c)* antropologiczno-archeologicznéj, przew. prof. J. Smolik.

IV. Wydział pedagogiczny: przew. prof. P. Durdik.

Posiedzenia Sekcyj lekarskich odbywać się będą w klinikach szpitala powszechnego, innych zaś Sekcyj w wyższéj szkole technicznéj.

Przy Zjeździe urządza się w lokalu „Mieszczańskiéj Besedy," Wystawa lekarsko-przyrodnicza, któréj program ma być późniéj ogłoszony przez Komitet wystawowy pod przewodnictwem prof. Ant. Friča (České muzeum), do którego wystawcy zgłaszać się mają.—Zgłoszenia się z uczestnictwem w Zjeździe mają być adresowane do Dra O. Novaka prof. wyższéj szkoły technicznéj (Gab. mineralogiczny c. k. czeskiéj techniki Karlovo náměsti). Zgłoszenia się z rozprawami adresować należy do przewodniczących odpowiednich Sekcyj.

* Ostatniemi czasy zdarzyło nam się widzieć kilka recept, zapisanych przez kolegów na prowincyi praktykujących, z sygnaturą niemiecką, a dziś właśnie dostała nam się w ręce recepta ze stampiliją niemiecką aptekarza w Zabłociu pod Żywcem. Fakta te nie potrzebują komentarza.

* Nakładem Voita i sp. w Lipsku wychodzić zaczęło nowe czasopismo *„Neurologisches Centralblatt,"* pod redakcyją docenta berlińskiego Dra Mendla. Ponieważ od lat kilku już wychodzi podobne pismo Dra Erlenmeyera, trudno pojąć, jakiéj znów potrzebie gwałtownéj ma zaradzić nowe czasopismo specyjalne!

* **Praga czeska.** Prof. Breisky również odmówił przyjęcia katedry opróżnionéj po Spiegelbergu we Wrocławiu.

* **Berlin**. Z powodu wykładu Langenbecka o naciąganiu nerwów toczyła się w Towarzystwie lekarskiém długa dyskusyja, która zajęła 3 posiedzenia, a wzięli w niéj udział: Westphal, Bardeleben, Bernhardt, Israel, Remak, Küster, Hahn i inni. Wynik rozpraw streszcza się w oświadczeniu Westphala, że żaden przypadek wiądu rdzeniowego dotychczas nie został uleczony przez naciąganie, że więc takowe nie może uchodzić jako metoda lecznicza w owéj chorobie. (*Berl. klin. Woch.*).

* **Zurych**. Na opróżnioną katedrę anatomii patologicznéj Wydział lekarski zaproponował trzech kandydatów, a mianowicie: Klebsa z Pragi, Weigerta z Lipska i Chiarego z Wiednia.

* **Paryż**. Pod redakcyją prof. Dora w Lugdunie i Dra Edw. Meyera w Paryżu wychodzić będzie miesięcznik pt. „*Revue générale d'ophthalmologie*" nakładem G. Massona w Paryżu. Zeszyt pierwszy właśnie się ukazał.

* **Nekrologija**. W Edymburgu w Szkocyi, umarł Sir Robert Christison, baronet, licząc lat 84. Do ostatniéj chwili był on żywą ilustracyją „*mens sana in corpore sano,*" za młodu nazwany najstarszym pomiędzy młodzieżą, a pod koniec życia najmłodszym pomiędzy starcami. Uczeń Orfili, w 25ym roku życia mianowany był profesorem medycyny sądowéj w Edymburgu a w r. 1832 profesorem farmakologii i przez lat 55 wykładał w tymże uniwersytecie. Przez pół wieku był on powagą sądowo-lekarską w Szkocyi, napisał kilka dzieł treści toksykologicznéj i farmakologicznéj, zaszczycony wszystkiemi możebnemi godnościami i zaufaniem Królowéj, któréj był lekarzem przybocznym, ile razy przebywała w Szkocyi, odznaczony godnością barona, był on osobistością pierwszorzędną w kraju aż do śmierci, która po kilkotygodniowéj słabości nastąpiła d. 23 stycznia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 5: Kramsztyka: Zmiany chorobowe, występujące w oczach po przebyciu gorączki powrotnéj; Hoyera: Przyczynek do techniki histologicznéj 2) Masy injekcyjne. — W *Medycynie* Nr. 5: Erlickiego: Rzut oka na pierwotne obłąkanie (dok,)

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. MIKULICZ. Uiber Gastroskopie u. Oesophagoskopie. (Osobne odbicie z „W. med. Presse" 1881) in 8vo str. 32.

Tenże: Weitere Erfahrungen über die Verwendung des Jodoforms in der Chirurgie. (Osobne odbicie z „Berl. klin. Woch." 1881) in 8vo str. 23.

Dr. JANY: Uiber Einwanderung des Cysticercus cellulosae ins menschliche Auge. Breslau in 8vo str. 23.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dn. 15go o godz .5téj popoł. w sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém wyłożą rzecz dawniéj zapowiedzianą koll. prof. Browicz i Doc. Ponikło.

Na lwowski fundusz wdów i sierót po lekarzach złożył kol. Dr. Adam Jentys w Lublinie rubli 3.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 18 lutego 1882. № 7. Rok XXI.

I. O oznaczaniu dolnéj granicy żołądka.

(Rzecz wykonana w klinice lek. tudzież w zakładzie anat. patolog. Uniw. Jagiell.)

Napisał Dr. Stanisław Ponikło
Docent Uniw. Jagiell. Asystent kliniki lek.

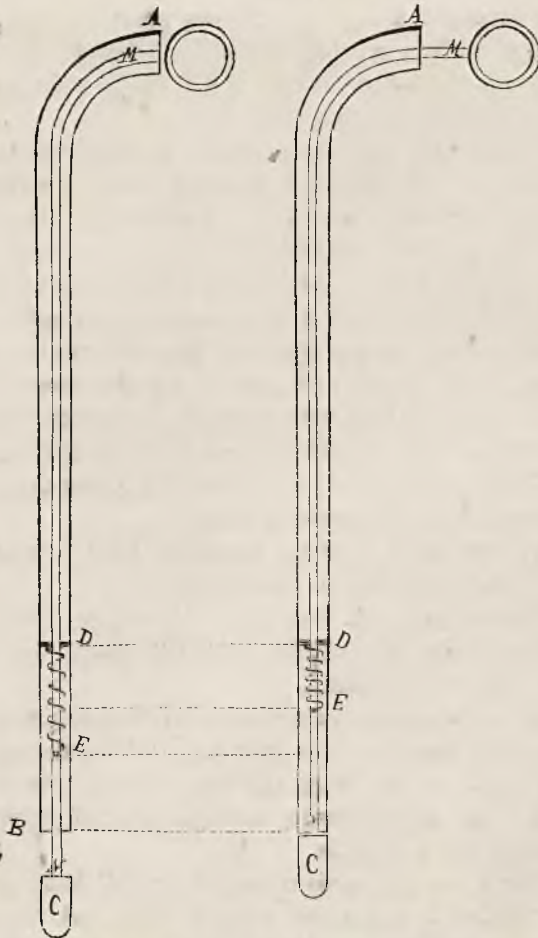
(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

VI. Własny sposób badania dolnéj granicy żołądka.

Celem moim było oznaczenie ustawienia dolnéj granicy żołądka bezpośrednie. Sądziłem, iż najdogodniéj da się to uskutecznić za pomocą zgłębnika zwykłego, cienkiego lecz dość sztywnego, aby nie dozwolić uginania się takowego. Gdyby można z pewnością uchwycić chwilę, w któréj dolny koniec zgłębnika poczyna dotykać dolnéj ściany żołądka, wystarczyłoby wymierzyć długość zgłębnika wprowadzonego od zębów i takową porównać wedle wskazówek Penzoldta ze stałemi wymiarami ciała, np. wysokością ciała, długością kręgosłupa itp. aby ocenić ustawienie dolnéj granicy żołądka. Aby to osiągnąć, tj. aby mieć pewną wskazówkę, kiedy dolny koniec zgłębnika przytyka do dna żołądka, poleciłem skonstruować następujący przyrząd przedstawiony w schemacie na fig. 5.

Składa on się ze zwykłego elastycznego, angielskiego zgłębnika żołądkowego, nieopatrzonego boczném okienkiem lecz od dołu uciętego, tak iż przedstawia od dołu otwór okrągły. Wewnątrz zgłębnika (cewnika) na 4—5 cm. od dołu jest ułożony rogowy krążek, 2—3 milim. gruby, i tamże stale utwierdzony. Krążek ten jest w samym środku przewiercony. Górny lejkowato rozszerzony koniec zgłębnika jest zatkany krążkiem drewnianym, w środku przewierconym. Przez całą długość zgłębnika przebiega drut dość cienki, stalowy niegiętki. *M*, który przechodzi przez otwory wywiercone w górnym i dolnym krążku. Drut ten zakończony jest od dołu nasadką rogową *C*. Nasadka ta nie jest bezpośrednio przytwierdzona do drutu lecz za pomocą rączki rogowéj odpowiednio *N*, któréj średnica nieco tylko jest mniejsza od światła cewnika, tak aby wśród takowego mogła być z łatwością w obu kierunkach przesuwaną. W punkcie *E*, jest

Fig. 5.



przytwierdzona do drutu lekka sprężynka metalowa, która utrzymuje nasadkę wraz z drutem w oddaleniu 1—1½ cm.

od dolnego końca zgłębnika jak fig. A przedstawia, tak iż dopiero po zastósowaniu lekkiego ucisku na nasadkę przylgnie takowa dokładnie do dolnego końca zgłębnika. Również przez pociągnięcie drutu za rączkę do takowego przytwierdzoną można przyłożyć dokładnie nasadkę do dolnego końca zgłębnika, tak iż zgłębnik w téj postaci przedstawia zwyczajny gałeczkowato zakończony zgłębnik żołądkowy, po założeniu zaś zatyczki między górny koniec zgłębnika a rączkę można nasadkę stale w téj pozycyi utrzymać.

Manipulacyja z podanym zgłębnikiem jest następująca: Załóżmy zgłębnik z nasadką przylegającą do dolnego końca i ustaloną w tém położeniu zatyczką do żołądka (przypuśćmy żołądek wypełniony w miernym stopniu gazem lub płynem). Jak skoro dolny koniec zgłębnika przejdzie z przełyku do jamy żołądka, odejmijmy zatyczkę, skutkiem czego nasadka odskoczy działaniem sprężyny od dolnego końca zgłębnika jak na fig. *A*. Jeżeli głębiéj będziemy wprowadzać zgłębnik, to w chwili, gdy dolny jego koniec, względnie nasadka rogowa, dotknie dna żołądka i lekko na takowy naciśnie, górny koniec drutu wysunie się po za górny koniec zgłębnika, o tyle, o ile nasadka przybliżyła się do dolnego końca takowego. Gdybyśmy zgłębnik jeszcze głębiéj wsunęli, aby silniéj cisnął na dno żołądka, możemy doprowadzić do zupełnego przylegania nasadki względnie do usunięcia zupełnego części drutu wystającéj po za górny koniec zgłębnika. Jeżeli w chwili, gdy górny koniec drutu pocznie się nieco wysuwać, zaznaczymy palcem punkt, w którym zgłębnik przytyka do zębów, i po wyjęciu długość zgłębnika do tego punktu zmierzymy, uwzględniwszy (co jednak zbyteczne albowiem o tak wielką dokładność chodzić nie może) długość wysuniętego dolnego końca drutu, mamy podaną odległość dna żołądka od zębów. Takową porównywamy wedle Penzoldta ze stałemi wymiarami ciała badanego (p. wyżéj) i możemy ocenić, czy ustawienie dna żołądka w danym przypadku jest prawidłowe, lub nie.

Gdybyśmy od razu do pewnego wyniku nie przyszli, nic łatwiejszego jak zgłębnik nieco wysunąć i znów skręciwszy w tę lub ową stronę górny koniec zgłębnika wsunąć aż górny koniec druta pocznie się wysuwać. — Przed wyjęciem zgłębnika należy za pomocą rączki i założenia zatyczki przyłożyć dokładnie nasadkę do dolnego końca zgłębnika.

Postępowanie to nie jest tak skomplikowane, jak się z opisu wydawać może; nie jest w rzeczywistości niczém więcéj, jak manipulacyją wprowadzenia zgłębnika w celu np. wypompowania treści żołądkowéj. — Również przyrząd sam nie jest niczém więcéj, jak zwykłym zgłębnikiem; cała manipulacyja wykonywa się szybko i łatwo.

Przymioty, jakie opisany zgłębnik mieć winien, aby dokładnie funkcyjonował, są następujące:

1) Winien być dość sztywny, aby się w chwili dotykania dna żołądka nie uginał; przytém może być cienki (10—12 milim. w obwodzie).

2) Drut *(mandrin)* połączony z nasadą winien być również sztywny (stalowy, nie mosiężny lub miedziany) i powleczony srebrem lub cyną dla zapobieżenia rdzewieniu i winien się z jak najmniejszém tarciem poruszać w otworach tak w walcu jak w krążku.

3) Sprężyna, utrzymująca nasadkę w oddaleniu od końca dolnego zgłębnika winna być słabą i lekką, tak aby już za lekkim uciskiem wywartym na dno żołądka dozwalała nasadce zbliżyć się do dolnego końca zgłębnika.

4) Zgłębnik sam powinien być dłuższy od zwykłych zgłębników żołądkowych fabrycznie wyrabianych (na 90—100 cm.), aby w przypadkach rozszerzenia żołądka mógł dosięgnąć do dna takowego.

Możnaby zarzucić, iż w stanie skurczonym żołądka nasadka posuwając się po pofałdowanych ścianach żołądka, mimo że nie dosięgła dna, pocznie sie przybliżać do końca zgłębnika. Jest to rzeczywiście możebne, lecz wyniku badania nie będziemy opierać na jednorazowém dotknięciu się nasadki ściany żołądka będziemy się starać kilkakrotnie, przy różném ułożeniu górnego końca zgłębnika, dotykać dna żołądka. Zresztą najdogodniéj będzie w takich przypadkach kazać choremu wypić szklankę wody zwykłéj lub lepiéj sodowéj, w celu lekkiego wydęcia skurczonego żołądka.

W przypadkach jednak, gdzie żołądek jest średnio wypełniony płynem lub gazem, lub w przypadkach „chorobowego rozszerzenia“ żołądka, z pewnością liczyć można na dokładne ocenienie dolnéj granicy takowego. Przedewszystkiém sposób ten badania może być pomocny do ocenienia różnic w rozmiarach żołądka, powstałych w następstwie leczenia, np. po regularném wypompowywaniu żołądka, po elektryzowaniu takowego itp. W takim razie wystarczy tylko porównać wymiary dawniejsze z wybadanemi obecnie.

Wedle sposobu Leubego trzeba dolną granicę żołądka poznawać po stopniu obniżenia się dolnéj ściany takowego skutkiem gwałtownego wypierania i obniżania takowéj zgłębnikiem, przy moim zaś sposobie badania już lekki ucisk (obniżenie rzeczywistéj granicy na 1—2 cm.) wskaże, iż dolny koniec zgłębnika dosięga dna żołądka.

Nie potrzeba przy tém doprowadzać do zupełnego przezwyciężenia siły sprężyny, względnie zupełnego przylgnięcia nasadki do końca zgłębnika, lecz można się zadowolić lekkiém przysunięciem się takowéj, względnie lekkiém wysunięciem druta.

Nadto różnica wymiarów zgłębnika w chwili, kiedy drut poczyna się wysuwać od wymiarów zgłębnika wziętych wtedy, gdy drut w zupełności się wysunie, może być wskazówką oporności ścian żołądka, czyli jéj dzielności mięśniowéj Gdyby się tu rozchodziło o ścisłość matematyczną, możnaby obliczyć siłę sprężyny i cyframi oznaczyć siłę oporu, jaką stawia siła żołądka naciskającemu zgłębnikowi.

W celu przekonania się o użyteczności badania w mowie będącego, przedsięwziąłem kilka doświadczeń na zwłokach i chorych.

W doświadczeniach na zwłokach zgłębnik podany funkcyjonował znakomicie; przy lekkim ucisku (obniżeniu na 1—1$\frac{1}{2}$ cm.) nasadka zbliżyła się do końca zgłębnika.

Na chorych doświadczałem w kilku przypadkach, z których przytoczę dwa:

1) J. G., l. 19. Zgłębnik wchodzi na 60 cm.; po wsunięciu na 62 cm. od zębów drut kompletnie się wysunął. Wysokość ciała=154 cm. Wedle Penzoldta długość zgłębnika = $\frac{1}{3}$ długości ciała; zatém w danym przypadku 154:3=51·2 Granica dolna zatém niżéj ustawiona. (Chora była karmiona przez wpompowanie znacznych ilości do 2000·00 pokarmów).

2) J. S., l. 28. *Dilatatio ventriculi*; przy stanie zgłębnika 59·0 cm. górny koniec druta poczyna się wysuwać. Wysokość ciała 145 cm. Zatem według Penzoldta 145:3=48·3. Wymiar zatém o 11 cm. znaczniejszy.

Dodaję nakoniec, iż zgłębnik opisany może być udoskonalony tak, iż może działać bardzo czule i delikatnie; ja doświadczałem zgłębnika dość rudymentarnie wykonanego w Krakowie. Zwracam tylko uwagę na zasadę zgłębnika, która wydaje mi się być dobrą i praktyczną.

II. O użyciu jodoformu w dentystyce.

Podał Dr. **Karol Goebel**,
Docent dentystyki w Uniw. Jagiell.

Jodoform wypada zaliczyć do tych nowszych środków lekarskich, które obecnie w medycynie niepoślednie oddają usługi. To też zachęcony właśnie co rozpoczętemi doświadczeniami, robionemi z tym środkiem przez Dra Scheffa Julijusza, docenta dentystyki w Wiedniu, rozpocząłem równocześnie szereg doświadczeń z jodoformem, a chociaż takowe nie są jeszcze wyczerpującemi, to przecież zastósowanie tego leku w przeszło 48 przypadkach, po większéj części z nader korzystnym wynikiem, skłania mnie do udzielenia téj wiadomości, pragnąc zwrócić uwagę szan. kolegów na ten nowy lek w dentystyce i zarazem zachęcić do dalszych doświadczeń.

Własności lekko żrące jodoformu nasunęły myśl zastąpienia nim powszechnie w dentystyce jako zżeradła używanego kwasu arsenawego, a jeżeli zważymy z jakim bólem połączone jest użycie kwasu arsenawego, wzmagającym się niejednokrotnie tak dalece, że chory woli raczéj ząb utracić, niż dłużéj cierpieć, natenczas każden przyzna, iżbyśmy się chętnie pozbyli leku, który, pomimo swéj dzielności, ma tę wielką wadę, że nie można go użyć bez wywołania przykrego, czasem nieznośnego bólu, który nawet pod wpływem morfinu nie ustępuje, a bardzo często li z tego powodu nie może być wcale zastósowany. To téż chętnie rozpocząłem doświadczenia z jodoformem, trzymając się ściśle przedmiotu.

Już z tego, co dotąd powiedziałem, każdy odgadnie, iż używałem go głównie w zapaleniach zarodka *(pulpitis)*, a stósowanie go w tych przypadkach zdawało mi się o tyle odpowiedniejszém, o ile znanemi są ogólnie dzielne jego własności przeciwgnilne. Chodziło tedy przedewszystkiém o to, w jakiéj postaci ten nowy środek mógłby być najodpowiedniéj użyty. Wiadomo, że najodpowiedniéjszą formą jest pasta i w takiéj téż stusójemy w téj chorobie kwas arsenawy, używałem więc pasty, według przepisu Dra Scheffa:

Rp. Jodoform. pulv.
Caolini āā 2,0.
Acid. carbol. pur. cryst. 0,25.
Tere c.
Glycerini q. s. ut f. pasta spissior.
Adde
Ol. menth. pip. gtts V.

Kwas karbolowy i olejek miętowy miały zagłuszać nieprzyjemną woń jodoformu, która już sama przez się byłaby wystarczającą, ażeby użycia jodoformu w chorobach zębów zaniechać.

Tak przyrządzona pasta nie posiada rzeczywiście przykréj woni jodoformu, atoli przekonałem się, że tylko z początku woń jodoformu jest przytłumiona, jeżeli bowiem pomieniona pasta dłużéj leży, natenczas pojawia się znowu nieprzyjemna woń jodoformu i nie dozwala dalszego użycia. Otóż grzeczności p. aptekarza Stockmara młodszego zawdzięczam udzielenie mi jodoformu bezwonnego. Porzuciłem więc kwas karbolowy i olejek miętowy. Otrzymawszy tym sposobem pastę bez przykréj woni jodoformu, rozpocząłem doświadczenia w zapaleniach zarodka. Co się tyczy zastósowania téjże, to używam jéj w ten sam sposób jak pasty arszenikowéj, a mianowicie: wyczyściwszy poprzednio jak najdokładniéj uszczerbek, o ile tylko na to bolesny zarodek pozwala, bierze się trochę téj pasty na mały zwitek bawełny i wprowadza do zęba bolącego w ten sposób, ażeby pasta bezpośrednio z zarodkiem się stykała; następnie zalepia się cały uszczerbek w zębie rozmiękczonym woskiem, w tym celu, ażeby pasta przypadkowo podczas jedzenia ze zęba nie wypadła. Tak założony opatrunek zostawiam w zębie przez dobę.

Wkrótce po rozpoczętych doświadczeniach przekonałem się, iż stosunkowo daleko większéj ilości należy używać pasty jodoformowéj, aniżeli arszenikowéj, ażeby ten sam skutek osiągnąć; i tak gdy do zupełnego znieczulenia zarodka wystarcza bardzo mała ilość pasty arszenikowéj, bo zaledwie wielkości główki od szpilki, potrzeba do osiągnięcia tego samego skutku dwa, a nawet trzy, razy więcéj pasty jodoformowéj. Daléj spostrzegłem, że po wyjęciu z zęba pasty jodoformowéj nie tworzy się na zarodku właściwy strupek, jak się to zdarza po użyciu kwasu arsenawego, a mimo to zarodek jest zupełnie nieczuły, tak że nawet doraźnie można założyć plombę tymczasową; a wreszcie, co najważniejsza, nie występuje nigdy po założeniu pasty jodoformowéj zapalenie okostnéj, jak się to zbyt często zdarza po założeniu kwasu arsenawego. Atoli najbardziéj zasługuje na uwagę ta okoliczność, że założenie jodoformu nie sprawia tak silnego bólu, jak to czyni zazwyczaj kwas arsenawy i że przeważnie ból ten jest bardzo nieznaczny, a w bardzo wielu przypadkach ból wywołany zapaleniem zarodka od chwili założenia pasty jodoformowéj zupełnie ustaje.

Przedstawiwszy w krótkości działanie jodoformu w zapaleniu zarodka, przechodzę do szczegółowego zestawienia swoich doświadczeń. Jak już wyżéj nadmieniłem, miałem w méj praktyce dotąd 48 przypadków jodoformem leczonych, z tych:

W 22 przypadkach ból był po założeniu jodoformu bardzo lekki, krótko trwający, skutek zadowalający, albowiem objawy zapalenia zarodka zupełnie ustąpiły.

W 15 przypadkach ból od chwili założenia jodoformu zupełnie ustał, skutek również zadowalający, nastąpiło więc wyleczenie bez wywołania jakiegokolwiek bólu.

W 4 przypadkach ból był dość silny i długo trwający, skutek zadowalający.

W 6 przypadkach założenie jodoformu było bezskuteczne, tak że zmuszony byłem założyć kwas arsenawy, a wreszcie

W 1 przypadku wyleczenie nie było zupełném, tak że dopiero po powtórném założeniu jodoformu nastąpiło wyleczenie.

Zestawiwszy wyżéj opisane przypadki, wypada na 48 przypadków jodoformem leczonych 42 zupełnie wyleczonych a tylko 6 niepomyślnych; jest to zawsze stosunek nadzwyczaj korzystny i spodziewam się, że dalsze doświadczenia wykażą przyczynę niepomyślnego wyniku owych 6ciu wyżéj przytoczonych przypadków.

Że wyleczenie w owych 42 przypadkach było zupełne, nie ulega żadnéj wątpliwości, a dowodzi tego również i ta okoliczność, że na 3ci dzień po zastósowaniu jodoformu mogłem w 16tu przypadkach założyć tymczasowe plomby

gutaperkowe, które po dziś dzień chorzy bardzo dobrze znoszą i jest wszelka nadzieja, że wkrótce takowe stałemi będzie można zastąpić.

Co więcéj, w jednym przypadku znalazłem po obu stronach dwa zęby pierwsze trzonowe górne, w których było zapalenie zarodków: w jednym zastósowałem jodoform, a w drugim zwykłą pastę arszenikową w zębie leczonym jodoformem, bez wywołania wielkiego bólu, na drugi dzień nie było ani śladu zapalenia zarodka; w zębie zaś leczonym pastą arszenikową powstał zaraz po założeniu pasty bardzo silny ból, przez kilka godzin trwający, a na drugi dzień nie było również śladu zapalenia zarodka, tak, że w obu zębach mógłem założyć plomby gutaperkowe; atoli w kilka dni po założeniu plomby powstało w zębie leczonym pastą arszenikową zapalenie okostnéj, tak że zmuszony byłem plombę wyjąć, gdy przeciwnie w zębie leczonym jodoformem plomba do dnia dzisiejszego, tj. więcéj niż 4 tygodnie, zupełnie dobrze jest znoszoną. Dodać tu muszę, że w obu zębach pierwotnie ani śladu zapalenia okostnéj nie było, tak, że wystąpienie zapalenia w drugim przypadku przypisać należy prawdopodobnie zastósowaniu arszeniku.

W jednym nawet przypadku, gdzie obok zapalenia zarodka były także ślady zapalenia okostnéj, po założeniu jodoformu obie choroby ustąpiły, tak że mógłem zaraz założyć plombę tymczasową, która już trzy tygodnie z dobrym skutkiem jest noszoną.

Potém cośmy powyżéj powiedzieli, dochodzimy do następujących wniosków:

1) Jodoform jest dzielnym lekiem w zapaleniach zarodka.

2) Zastósowanie jodoformu nie sprowadza nigdy tak silnego bólu, jaki zawsze towarzyszy użyciu arszeniku.

3) Po założeniu jodoformu nie tworzy się na zarodku strupek, jak się to zdarza po założeniu arszeniku, a mimo to zarodek jest zupełnie nieczułym.

4) Nie występują nigdy zapalenia okostnéj, jak się to zbyt często zdarza po zastósowaniu arszeniku.

W końcu nadmienić muszę, iż zastósowanie jodoformu w zgorzeli zarodka zdaje mi się również być odpowiedniém, zważając na jego własności przeciwgnilne, co jednak wymaga dłuższych doświadczeń.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Peters: **Die klimatischen Winterkurorte Central-Europas und Italiens.** Leipzig 1880.

Prof. Beneke: **Die sanitäre Bedeutung des verlängerten Aufenthaltes auf Norderney.** 1881.

Peters znany jest Czytelnikom Przeglądu Lekarskiego z ważnéj i pięknéj pracy: „o wpływie najważniejszych czynników klimatycznych na przewlekłe choroby narządu oddechowego i na przewlekłe gośćce mięśniowe i stawowe,“ z któréj prof. Korczyński zdał swego czasu dokładną sprawę na jedném z posiedzeń Komisyi balneologicznéj (zob. Przegl. Lek. 1879 Nr. 24). Tym razem chciałbym zwrócić uwagę kolegów na inne, zwyż podane dziełko tegoż autora. Jest to praktyczny przewodnik dla lekarzy wysyłających swych chorych do uzdrowisk klimatycznych na pobyt zimowy, z szczególném uwzględnieniem wskazówek, w jaki sposób oznaczyć i wybrać dla pewnego przypadku chorobowego najodpowiedniejsze uzdrowisko klimatyczne. Praktycznych wskazówek tych napróżno szukalibyśmy w pracach klimatologicznych E. H. Richtera, Reimera, Biermanna, Sigmunda i Rohdena, i dla tego dziełko Petersa zasługuje na uwagę lekarzy praktykujących. Rozdział pierwszy zajmuje się wyborem uzdrowiska. W wyborze tym rozstrzyga wzgląd na przewlekłe suchoty płucne, aczkolwiek pobyt w uzdrowiskach zimowych wskazany jest dość często i innemi chorobami (przewlekły nieżyt krtani, tchawicy i oskrzelów, rozedma płuc, dychawica, usposobienie do suchot płucnych, zapalenie opłucny, przewlekły gościec, ogólne wrodzone lub następowe osłabienie ciała). Chcąc oznaczyć ogólne wskazania lecznicze dla suchot płucnych, trzeba się oprzeć na poczynionych w tym względzie istotnych doświadczeniach z pominięciem przeróżnych śmiałych, lecz nie uzasadnionych, przypuszczeń. Biorąc praktycznie, trzymać się trzeba w leczeniu suchot płucnych następujących zdań, zaczerpniętych z wielorakiego doświadczenia:

1) Nie ma leku swoistego dla suchot płucnych.

2) Najlepsze wypadki daje pośredni sposób leczenia polegający na tém: aby chorego umieścić śród korzystnych warunków ogólnych, zachować i wzmódz jego siły, powiększyć ciężar ciała, poprawić ogólne odżywienie, przez co miejscowa sprawa chorobowa może nie tylko w dalszym rozwoju się powstrzymać, ale niekiedy nawet i ustąpić.

3) Do takich warunków korzystnych należą według doświadczenia: pobyt chorego w powietrzu wolném (nie pokojowém lub szpitalném) i czystém (tj. bez pyłu i kurzu); dobre żywienie strawami mięszanemi obfitującemi w tłuszcz; uwolnienie chorego od wrażeń i wstrząśnień umysłowych i od natężonéj pracy umysłowéj.

4) Im chory dłużéj śród takich warunków pozostaje, tém pewniéj naprawy zdrowia spodziewac się można.

Z tego wynika lecznicza doniosłość pobytu w uzdrowiskach zimowych. W zimnéj porze roku, od września do kwietnia a nawet i maja, suchotnik północy nie może, według panujących wyobrażeń, albo wcale używać świeżego powietrza albo téż bardzo tylko mało, dla tego wysłanie go na jesień, zimę i wiosnę do łagodniejszego podniebia staje się pożądaném. Niestety przemieszczenie takie możebném jest jedynie w korzystnych warunkach majątkowych chorego, czyli stosunkowo bardzo rzadko, racyjonalném zaś jest tylko wtenczas, gdy polepszenie zdrowia jest prawdopodobne i w ogóle możliwe. Zdawaćby się mogło, że jest rzeczą obojętną, które uzdrowisko wskaże się choremu, ponieważ wszystkie odznaczać się muszą czystém powietrzem. Trzeba jednakże zważyć, że poszczególne uzdrowiska nie przez całą porę roku dozwalają chorym przebywania na wolném powietrzu, że np. jedno najodpowiedniejszém jest podczas miesięcy zimowych i wiosennych, inne tylko w porze jesiennéj, że w jedném uzdrowisku chory może przebywać przez cały dzień na dworze, w inném tylko przez parę godzin. Z tego wynika potrzeba uwzględnienia zachodzących zmian klimatycznych w poszczególnych uzdrowiskach w pewnych porach roku, czyli potrzeba szczegółowego i dokładnego wykazu, które z uzdrowisk klimatycznych nadaje się w pewnym miesiącu na pobyt dla chorych. Wykaz taki ułożył Peters na podstawie doświadczeń tak własnych jako i wielu lekarzy w uzdrowiskach praktykujących, kontrolując doświadczenia te wypadkami postrzeżeń meteorologicznych. Wykazowi temu zarzucićby chyba można, że w wyborze uzdrowiska nie uwzglę-

dnia konstytucyi chorego. Tak np. przepisuje suchotnikom w m. styczniu pobyt w uzdrowiskach Falkenstein, Davos, Palermo, Bordighera, Nizza itd., a przecież uzdrowiska z klimatem alpejskim (Davos) i podalpejskim (Falkenstein) z stosunkowo nizką ciepłotą (Davos średnio 0·1°C., Falkenstein 4·4°C.) z wyniesieniem 2.000—5000 stóp nad poziom morza wskazane są dla innych suchotników (więź silna, mięśnie dobrze rozwinięte, dostateczne wytwarzanie ciepła itd.), niż jednostajnie ciepłe południowe uzdrowiska nadmorskie. O wyborze między temi ostatniemi rozstrzygać znów muszą inne względy, np. wilgotność powietrza, dla któréj inne są wskazania dla suchéj Nizzy, inne zaś dla wilgotnego Palerma itd.—Mimo wytkniętych braków schemat Petersa nie traci praktycznéj swéj wartości. W następnym rozdziale podaje autor zwięźle wskazówki co do podróży chorego, czasu podróży i powrotu, języka, paszportu, ubrania, kosztów podróży, kolei żelaznéj, cła granicznego i rewizyi, wyboru pomieszkania, hotelów, restauracyj itd. Reszta dziełka obejmuje opis 40 uzdrowisk klimatycznych Włoch i Europy środkowéj w porządku alfabetycznym. Każde uzdrowisko opisane jest w pewnym systematycznym porządku: topografija (według naocznych badań autora), wegetacyja, klimat w ogóle, poszczególne warunki klimatyczne z uwzględnieniem zebranych spostrzeżeń meteorologicznych. Stosunki wilgotności powietrza dokładnie są uwzględnione z podaniem nie tylko bezwzględnéj ale i względnéj wilgotności.

Następują wskazówki co do stacyi meteorologicznéj, wody do picia, chorób nagminnych w uzdrowisku, pory, w któréj chorzy mogą przebywać na wolném powietrzu, istniejących środków leczniczych, wskazań i przeciwwskazań, praktykujących w miejscu lekarzy, literatury dotyczącéj uzdrowiska i jego stosunków meteorologicznych, aptek, osób przeznaczonych do pielęgnowania chorych, stosunków miejscowego pożycia, komunikacyi itd.

W końcu dziełka znajdujemy porządkowe zestawienie uzdrowisk: 1) według średniéj ciepłoty, 2) według bezwzględnéj wilgotności, 3) według względnéj wilgotności powietrza. Do tego dodana jest mapka uwidoczniająca położenie opisanych 40 uzdrowisk i komunikacyję.

Układ całości jest praktyczny; opis uzdrowisk staranny i dokładny; wszędzie poznać można, że autor naocznie badał stosunki miejscowe każdego uzdrowiska.

Prócz głównéj swéj zalety, że może służyć za dogodny podręcznik dla lekarzy praktykujących, dziełko powyższe zaleca się ze wszech miar jako przewodnik dla lekarzy zwiedzających zagraniczne uzdrowiska.

Rozprawa Benekego o zdrowotném znaczeniu dłuższego pobytu na wyspach morza Północnego, mianowicie na Norderney, zasługuje ze wszech miar na uwagę, przedstawia bowiem zwięźle i krytycznie obecny stan terapii suchot płucnych oraz na nowe po części chce ją sprowadzić tory. Terapija zwykła obecnie dzielić cały materyjał suchotniczy na dwie części: ustrojowe usposobienie do suchot płucnych i suchoty już rozwinięte. Przeciwko ustrojowéj słabości zaleca się: leczenie dyjetetyczne w rozległém tego słowa znaczeniu, leczenie powietrzne, kąpiele, ćwiczenia gimnastyczne, żelazo, chinin, przetwory wapniowe, gorzkie nalewki itd., z którychto środków i zabiegów ani jeden nie wywalczył sobie ogólnego i niezachwianego uznania. O ile żywienie przeważnie mięsne, zachwalane również z wielu stron, odpowiada celowi jest rzeczą wątpliwą; ogólniejszém uznaniem cieszy się lekko strawny tłuszcz. Między sposobami leczenia powietrznego istnieją: pobyt na wsi, w górach i w powietrzu morskiém. Powietrze na wybrzeżu morza śródziemnego spokojne, częstokroć nawet suche, nie może działać tak pobudzająco i wzmacniająco na osłabiony ustrój, jak powietrze Bałtyku, a zwłaszcza morza Północnego. W leczeniu rozwiniętych już lub początkowych suchot płucnych następujące uwydatniają się sposoby postępowania: pierwszy polega na wysyłaniu chorych do uzdrowisk południowych przynajmniéj na zimę, drugi szuka dla chorych tych ratunku lub ulgi w podniebiu alpejskiém w połączeniu z hydroterapiją (Goerbersdorf, Davos), trzeci pielęgnuje chorych w zakładach zamkniętych w klimacie podalpejskim, posiłkując się również zabiegami hydryjatrycznemi. Na ostatnim planie mieści się leczenie suchotników w różnych zdrojowiskach i kąpielach, leczenie żętyczne, mleczne i winogronowe. Trudno rozstrzygnąć, który z powyższych sposobów leczenia zasługuje na pierwszeństwo. Nieznajomość patogenezy ustrojowego usposobienia do suchot płucnych nieznajomość działających w tym względzie czynników etyjologicznych, brak przekonywającéj statystyki porównawczéj itd. nie pozwalają pytania tego rozstrzygnąć.

Beneke stara się przedewszystkiém uzasadnić podział suchot płucnych na dwa wielkie działy, i to na podstawie badań tak anatomopatologicznych jako i klinicznych. Do pierwszéj grupy należą indywidua, które do 20, a nawet 30 roku, życia przedstawiają zupełny obraz zdrowia i w niczém nie okazują jakiejkolwiek skłonności do chorób płucnych. Naraz ludzie tacy zapadają na ostre zapalenie płuc, albo téż rozwija się w nich bujanie interstycyjalnéj tkanki łącznéj wśród towarzyszących nieżytów oskrzelowych z następową induracyją tkanki płucnéj. Induracyja ta sprowadza w następstwie powstawanie rozstrzeni oskrzelowych, jam bronchektatycznych, poczém skutkiem procesów ropnych mogą powstać sprawy gruzełkowe. Ponieważ u osób takich częstokroć nie tylko w płucach, ale i w różnych innych narządach znajdujemy przerost tkanki łącznéj, całą tę grupę Beneke nazywa suchotami włókniakowemi *(phthisis fibromatosa)*. — Druga grupa, daleko liczniejsza, obejmuje indywidua już z dziecięctwa słabowite, często z oznakami zołzów. U chorych tych, chudych, bladych, słabych, rozpoczyna się choroba płuc w czasie pokwitania, a w każdym razie wcześnie około 20 roku życia. Jak w pierwszéj grupie tak i tu choroba może się rozpocząć ostro (zapalenie płuc nieżytowe, *pneumonia desquammativa* Buhla, rzadko zapalenie włóknikowe). Daleko częściéj sprawa ta rozpoczyna się nieznacznie i przebiega przewlekle wśród objawów nieżytowych szczytów płucnych, coraz większego wychudnienia, krwioplucia itd. Zmiany w interstycyjalnéj tkaninie nie prowadzą do wytworzenia trwałéj tkanki łącznéj jak u chorych grupy poprzedniéj, lecz do powstania składników nietrwałych, rychło serowaciejących, które rozmiękłszy zupełnie są przyczyną wytwarzających się jam itd. Jeżeli twory te powstają u osób dotkniętych zołzami gruźliczemi lub u osób, które takowe przebyły, w takim razie sprawy chorobowe w błonach śluzowych i w tkaninach interstycyjalnych mogą od razu łączyć się z wytwarzaniem gruzełków prosówkowych. W każdym razie u tych, to właśnie chorych rozwija się zwykle wcześniéj lub późniéj ogólna gruźlica prosówkowa. Tę postać suchot płucnych nazywa Beneke suchotami zołzowemi lub serowatemi.

(Dokończenie nastąpi.)

O ptomainach.

II. Prace Brouardela i Boutmyego.

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 5).

Brouardel i Boutmy, robiąc większą ilość rozbiorów sądowo-chemicznych, mieli sposobność nader często spotykać się z ptomainami. Do odróżnienia ptomainów od alkaloidów służyło im porównanie wszystkich własności, fizycznych, chemicznych i fizyjologicznych, obu tych grup ciał między sobą. Droga ta, przeprowadzona z całą ścisłością i skrupulatnością, zawsze wystarczała do odróżnienia rzeczywistego alkaloidu od zasady trupiéj. Jednakowoż jest ona zbyt długą i trudną. Ptomain różni się czasem tylko jedyną reakcyją od alkaloidu znanego, któremu zresztą we wszystkich innych własnościach odpowiada. Zapewne przypomną sobie czytelnicy ze sprawozdań z prac prof. Selmiego, że dwóch chemików sądowych otrzymało ze zwłok pewnego jenerała alkaloid, który oznaczyli jako delfinin. Sąd rozpoczął śledztwo. Przy powtórnych poszukiwaniach chemicznych, prof. Selmi przekonał się, że alkaloid ten wcale nie jest delfininem, lecz ptomainem. Ptomain ten wszystkiemi główniejszemi reakcyjami naśladował delfinin, lecz różnił się bardzo od niego działaniem fizyjologicznèm. Otóż z tego przykładu widoczna, jak łatwo może przyjść do pomyłki. Brouardel i Boutmy pracowali nad tém, aby odkryć jakąś własność chemiczną ptomainów, wyróżniającą ich od wszystkich alkaloidów.

Wychodząc z założenia, że ptomainy, tworząc się przy rozkładzie ciał białkowatych bez przystępu powietrza, muszą się względem pewnych ciał zachowywać redukująco, odciągając tlen, robili w tym kierunku doświadczenia. Badali zachowanie się ptomainów do ciał łatwo się odtleniających, jak kwas azotowy, nadmanganezian potasowy, mięszanina dwuchromianu potasowego z kwasem siarkowym, mięszanina tegoż kwasu z nadniedokwasem ołowiowym, nadniedokwasem manganezowym, barowym, wreszcie zachowanie się tych ciał z jodanami. Próby, w różny sposób wykonywane, nie dały pożądanych wyników. W końcu zwrócili się obaj autorowie do prób z nadżelasinkiem potasu. Dotąd nie używano tego odczynnika w podobnych celach. Przekonano się, że nadżelasinek potasu w zetknięciu z jakimkolwiek ptomainem, redukuje się na żelasinek potasu. Alkaloidy prawie wszystkie nie posiadają téj własności. Tylko jeden morfin zachowuje się tak jak ptomain w zetknięciu z nadżelasinkiem potasu. Atropin i weratryn także w podobny sposób oddziaływają, ale w znacznie mniejszym stopniu od ptomainów. Być łatwo może, że oddziaływanie to weratrynu i atropinu z nadżelasinkiem potasu zależy od zanieczyszczeń tych dwóch alkaloidów, które tak trudno otrzymać ze zwłok zwierzęcych w stanie czystym. Brouardel i Boutmy polecają następujące postępowanie.

Zasadę, otrzymaną metodą Stasa ze zwłok, należy jak najdokładniej oczyścić. Następnie zamienia się ją w siarkan. Kilka kropli rozczynu téj soli mocno rozcieńczonego daje się do małéj ilości rozczynu nadżelasinku potasu, najlepiéj na szkiełku zegarkowém. Dodana teraz na szklanym pręciku kropelka chlorku żelazowego obojętnego, wykaże, czy ciało badane jest ptomainem lub téż alkaloidem właściwym. Jeżeli ptomainem, powstały przez redukcyję nadżelasinku żelasinek potasu utworzy z chlorkiem żelazowym obojętnym osad niebieski błękitu pruskiego.

Brouardel i Boutmy niejednokrotnie kontrolowali swoją reakcyję i uważają ją za niechybną i nader czułą.

Następnie robili oni próby porównawcze między oddziaływaniem ptomainów z nadżelasinkiem potasu, a oddziaływaniem, jakie te ciała okazują po dodaniu odczynnika Meyera. Próby te wykazały, że skoro odczynnik Meyera dawał tylko niewyraźną ilość strątu, to i odczynnik Brouardela Boutmyego dawał zaledwie zabarwienie zielonawo-niebieskie. Przeciwnie zaś, skoro tylko odczynnik Meyera dawał obfity strąt, reakcyja Brouardela i Boutmyego wyraźnie występowała, tworzyła się znaczna ilość błękitu pruskiego.

Dotychczasowe spostrzeżenia Brouardela i Boutmyego wykazały, że obecność trucizn nieorganicznych w zwłokach nie wpływa wcale na czułość reakcyi ptomainów z nadżelasinkiem potasu.

Zachodzi teraz pytanie, czy przypadkiem alkaloidy roślinne, wczasie gnicia ciał białkowatych, nie ulegają takim zmianom, któreby wywołały podobne zachowanie się z nadżelasinkiem potasu jak ptomainy. Brouardel i Boutmy zatruwali zwierzęta różnemi alkaloidami roślinnemi, następnie ze zwłok wyciągali znów te same alkaloidy i przekonali się, że te wcale nie dawały reakcyi z nadżelasinkiem potasu.

Porównanie reakcyi z odczynnikiem Meyera z reakcyją, jaką daje ciało badane z nadżelasinkiem potasu, jest z następującego względu nader ważném. Jeżeli ciało, otrzymane metodą Stasa, zachowuje się z odczynnikiem Meyera jak wszystkie alkaloidy, t. j. daje strąt, — nie daje zaś reakcyi z nadżelasinkiem potasu, to mamy do czynienia w każdym razie z czystym alkaloidem roślinnym. Jeżeli zaś jodek rtęci w jodku potasu daje strąt, a równocześnie występuje i reakcyja z nadżelasinkiem potasu, to ciało badane jest ptomainem. Wreszcie z tego, czy strąt otrzymany jodkiem rtęci w jodku potasu, jakotéż reakcyja z nadżelasinkiem potasu, jest mniéj lub więcéj wybitna, możemy wnosić, czy mamy przed sobą alkaloid roślinny lub ptomain, mniéj lub więcéj zmięszane ze sobą.

Gautier sprawdzał doświadczenia Brouardela i Boutmyego. Przyznaje on, że ptomainy posiadają własność, odszczególniającą je od wielu innych ciał, własność redukowania nadżelasinku na żelasinek potasu. Jednakowoż podnosi wątpliwość co do wykluczenia tą reakcyją wszystkich alkaloidów. Podobnie z nadżelasinkiem potasu zachowują się prócz morfinu, atropinu i weratrynu także hyosciamin, emetyn, igasuryn ,kolchicyn, nikotyn i apomorfin. Wprawdzie powiada Gautier, że alkaloidy te dają mniéj wybitnie reakcyję z nadżelasinkiem potasu i reakcyja ta występuje dopiero po upływie pewnego czasu, ptomainy zaś natychmiast redukuję nadżelasinek potasu. Zresztą prawie wszystkie alkaloidy prawdziwe działają redukująco na nadżelasinek potasu, lecz redukcyja ta występuje dopiero po upływie kilkunastu godzin a nawet dni. W każdym razie więc reakcyja podana przez Brouardela i Boutmyego jest nader ważną dla odróżnienia większéj części alkaloidów roślinnych od ptomainów.

W końcu, powiada Gautier, że reakcyję podobną jak ptomainy dają także i inne ciała, również silnie trujące, mianowicie zasady fenylowe, naftylamin, zasady acetonowe, aldehydowe, alylowe, pyrydowe i hydropyrydowe.

W dalszym ciągu swoich prac Brouardel i Boutmy zrobili jeszcze inne ciekawe spostrzeżenia nad ptomainami. Przekonali się oni, że ptomainy działają także i na inne ciała redukująco. Szczególniéj wybitną jest w tym względzie reakcyja z bromkiem srebrowym. Na papierze zaprawionym bromkiem srebrowym, jakiego używają fotografowie, kreśli się piórem gęsiém, zamaczanèm w rozczynie ciała otrzymanego z trupa metodą Stasa, jakieś słowo, np. na jednem

miejscu „ptomain“ a na drugiém nazwisko alkaloidu, którego domyślamy się obecności. Po upływie pół godziny papier obmywa się w ciemności podsiarczynem sodowym, a następnie wodą. Jeżeli płyn, którego użyto do pisania, zawierał ptomain, to skutkiem wydzielenia się srebra, nazwisko nim napisane, wystąpi wyraźnie w barwie czarnéj; jeżeli zaś płyn zawierał czysty alkaloid roślinny, to nie będzie widać napisu żadnego, albo co najwyżéj, spostrzedz będzie można niewyraźne ślady pisma.

Może się jednakowoż mieć do czynienia z mięszaniną ptomainu i alkaloidu roślinnego. W tym przypadku należy zmienić nieco postępowanie. W rozczynie mięszaniny ptomainu i alkaloidu roślinnego oznacza się ilość obydwu zasad razem rozczynem miareczkowanym jodytu rtęciowo-potasowego. Następnie przyrządza się rozczyn czystego alkaloidu roślinnego, jakiego się w płynie domyślamy, w ilości odpowiedniéj oznaczanéj mięszaninie alkaloidów w płynie badanym. Obok słowa nakreślonego płynem badanym na papierze, zaprawionym bromkiem srebrowym, piszemy teraz drugie słowo rozczynem powyższym czystego alkaloidu roślinnego. Po przeprowadzeniu wszystkich czynności przygotowawczych z papierem bromowym, zobaczymy, że pismo nakreślone czystym alkaloidem wcale nie wystąpi, wystąpi zaś pismo napisane mięszaniną badaną mniéj lub więcéj wyraźnie stosownie do ilości ptomainu znajdującego się w mięszaninie.

B r o u a r d e l i B o u t m y przy pomocy Dra D e s c o u t s starali się rozwiązać zawiłe pytanie, wśród jakich okoliczności tworzą się ptomainy, jaki może być ich skład chemiczny i do jakich grup ciał należałoby je w chemii zaliczyć. Doświadczenia te, przedstawiające już w samém wykonaniu nader wielkie trudności, dały powody do domysłu, że we wszystkich ptomainach, działających redukująco na nadżelasinek potasu, musi się znajdować grupa metylowa, fenylowa, lub inne im pokrewne.

Brouardel i Boutmy przypuszczają daléj, że w pewnych przypadkach, szczególniéj skutkiem chorób zakaźnych, może przyjść do wytworzenia się ptomainów w ciele ludzkiém jeszcze za życia. 30 czerwca r. z. zmarła kobieta mniéj więcéj w piątym lub szóstym miesiącu ciąży. Z powodu podejrzenia o otrucie zarządzono dochodzenie sądowo-lekarskie. Rozbiór chemiczny, wykonany w 36 godzin po śmierci, wykazał dość znaczną ilość weratrynu. Zarazem otrzymano dużo ciała, odpowiadającego zupełnie ptomainom. Sekcyja wykazała, prócz zmian anatomicznych, odpowiadających otruciu weratrynem, jeszcze dość świeżą *perimetritis.* Autorowie są zdania, że w tym przypadku, gdzie rozbioru dokonano tak prędko po śmierci, nie można nic innego przypuścić, jak tylko, że ptomain w tak znacznéj ilości wytworzył się już za życia.

(Dokończenie nastąpi).

L i t t e n : O sprawach septycznych.

(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

Rzut oka na symptomatologiję obu form zapalenia wsierdzia wykazuje następujące szczegóły:

1. G o r ą c z k i nieraz zupełnie brak wśród całego przebiegu *Endocarditis rheumaticae,* jeżeli oczywiście sprawa pierwotna przypadkiem gorączki za sobą nie pociągnęła *(Rheum. artic. ac.)* W razie zjawienia się gorączki takowa bywa mierną i szybko znika, dreszczów nie ma. Postaci septycznéj zapalenia wsierdzia towarzyszy bez wyjątku podniesiona ciepłota, okazująca charakterystyczne wahania. Jednorazowe lub częstsze dreszcze są zjawiskiem zwykłém.

2. T ę t n o zazwyczaj nie bywa zmienioném, chyba że wytworzyły się wady zastawkowe. Wyraźnéj dwubitności i znacznéj częstości tętna, jaka cechuje formy septyczne, w postaci gośćcowéj nie widać.

3. P r z y p a d y m ó z g o w e (*Coma,* majaczenia itd.), towarzyszące formie septycznéj, a wywołane działaniem wysokiéj ciepłoty, nie występują zazwyczaj w formie gośćcowéj.

4. Zapalenia p r z e r z u t o w e, ropnie przerzutowe, zjawiają się stale w postaci septycznéj, nigdy nie znachodzą się w formie gośćcowéj, natomiast są dość częstém zjawiskiem infarkty krwawe lub blizny po tychże (odpowiednio do częstych wad zastawkowych).

5. Z m i a n y z a p a l n e w oczach, skórze (*Panophthalmitis, Pemphigus, Phlegmone multiplex, Erythemata* płonicowate) nigdy w formie reumatycznéj się nie zjawiają; również i krwotoki siatkówkowe są nierównie rzadsze niż w formie septycznéj. Natomiast należą k r w o t o k i s k ó r n e do częstych zjawisk i są prawie patognostyczne dla gośćcowéj formy.

6. Zmiany w s t a w a c h wydarzają się często, mają jednakowoż całkiem inny charakter aniżeli w formie septycznéj. Zropienia bowiem stawów brak tutaj, zjawia się tylko lekka bolesność i mierny obrzęk. Treść stawów przedstawia się w postaci płynu wodnistego całkiem jasnego lub mało co mętnego, podczas gdy w formach septycznych znachodzi się treść ropna, posokowata, zawierająca liczne kuliste lub pręcikowe bakteryje. Wynaczynienia na błonie maziowéj wydarzają się tylko w postaci septycznéj.

7. K r w o t o k i n e r k o w e w „reumatyczném“ zapaleniu śródsierdzia nie rzadko się wydarzają i bywają wywołane zapaleniem nerki krwotokowém, rozwijającém się zazwyczaj w nerkach chronicznie zmienionych.

8. Ż ó ł t a c z k a w typowych gośćcowych zapaleniach tylko wyjątkowo się wydarza, jako komplikacyja wywołana nieżytem żołądka i jelit.

9. O g ó l n e k r w o t o k i są rzadkie w formie reumatycznéj.

10. P r z e w ł o c z n e z a p a l e n i e w s i e r d z i a zjawia się w $^2/_3$ przypadków formy gośćcowéj, w septycznéj rzadziéj (w $^1/_4$ części).

11. N a c i e k u b i a ł k o w a t e g o narządów gruczołowych w formie reumatycznéj autor nie stwierdza.

Do powyższych dat klinicznych dołącza autor szczegółowy opis mikroorganizmów napotykanych w utkaniu śródsierdzia i w naczyniach krwionośnych, trafnie wszędzie uwydatniając braki odnośnych badań. Dla tego téż z całą stanowczością występuje przeciw zdaniu Klebsa, który, może nieco za daleko idąc, na podstawie wejrzenia grzybków usiłuje rozpoznać poszczególne rodzaje zapalenia wsierdzia (*Endocarditis microsporina et monadina),* co zdaniem Littena w obec krytyki ostać się nie może.

I w zapaleniach wsierdzia napotykamy na to samo zjawisko, które niejednokrotnie w patologii stwierdzamy, na niestosunek między zmianami anatomicznemi a klinicznemi objawami. Fundamentalne różnice zasadzają się na tém, że postaciom septycznym towarzyszy zawsze silna gorączka i dreszcze, jak również obecność ropni przerzutowych, podczas gdy zmian tych w formie, przez Littena nazwanéj reumatyczną, brak. Pomimo licznych tych różnic obie formy zawdzięczają swój początek, tak przynajmniéj Litten wyraźnie mówi, inwazyi mikroorganizmów, równych może pod względem morfologicznym i chemicznym, lecz najróżnorodniejszych pod względem skutków.

W końcu zastanawia się autor nad kwestyją przechodzenia jednéj postaci zapalenia wsierdzia w drugą. Dzieje się to w niektórych razach, a mianowicie o ile wśród przebiegu reumatycznéj *Endocard.* infekcyja septyczna miejsce mieć może. Widać to np. w zapaleniu wsierdzia zjawiającém się wśród połogu lub ciąży skutkiem gośćca stawowego. Ciężarne, które zachorowały na ostry gościec stawowy, dostawały rychło zapalenia wsierdzia, po niejakim czasie następuje poronienie, wnet zjawiają się dreszcze i inne objawy zakażenia septycznego, w końcu *panophthalmitis*, a nareszcie i śmierć. Nekroskopija wykazuje świeże zmiany na śródsierdziu i ropnie przerzutowe w różnych narządach. Ze względu na teoryję choroby są to wypadki nader ważne, szczególniéj jeżeli zważymy, że przemianę tę *Endocarditis rheumaticae* w formę septyczną spostrzegamy nieraz nawet wtenczas, gdy brak nam wszelkiego źródła widocznego zakażenia, „nowych bodźców chorobowych“ nie ma, któreby przemianę tę tłumaczyły.

Pod wpływem zakażenia widzimy też nieraz, że choroby przewlekłe, zazwyczaj zupełnie łagodnie przebiegające, przyjmują postać zabójczą. Tak też mogą i chroniczne wady zastawkowe pod wpływem zakażenia septycznego stać się siedzibą „schorzenia grzybkowego“, które w następstwie sprowadza przerzutowe ropnie. Zdaniem wszelako autorów i przewłoczne zapalenie śródsierdzia jest przyrody grzybkowéj, ztąd też bardzo prawdopodobném, że mikroorganizmy pozostałe z ataków dawniejszych wśród utkania, pod wpływem świeżego zakażenia, do nowéj wegetacyi zostają pobudzone lub też że nastąpiła nowa importacyja zarodków (np. septycznych).

Po przyjęciu téj możebności sprawa traci na swéj zagadkowości, całkiem jednak niejasne są te przypadki, w których nagle z nieznanych nam przyczyn choroba przybiera charakter zabójczy zakażenia ogólnego. Zdarza się to, jak wiemy, w najróżnorodniejszych chorobach. W obec braku pewnych danych skazani jesteśmy na hipotezy, przemiany jadu w ustroju już istniejącego w inny, lub jak Klebs dla *Endocarditis* chce, monadyny w mikrosporon. Odnośnie do tego punktu słusznie zauważa Litten, że przypuszczając przemianę jadu organizowanego musimy przypuścić, że się również i inne produkty chemiczne wytwarzają, gdyż tak czynności żywotne jak nie mniéj i wpływ poszczególnych grzybków bywa różny. Ztąd też wyniknęłaby zmiana obrazu klinicznego. Również i o tém pamiętać należy, że i warunki bytu dla mikroorganizmów w ustroju chorym są inne jak w zdrowym, że zatém i wpływ tychże odmiennym być musi.

Wprawdzie udało się niektórym eksperymentatorom uskutecznić przemianę jednego grzybka, mniéj szkodliwego lub wcale nieszkodliwego, w pasorzyt inny, morfologicznie wprawdzie identyczny lecz w skutkach wcale odmienny, (z prątków siennych przez hodowanie prątki wąglikowe i na odwrót, Buchner) jednakowoż wcale dowodu nie mamy, że przemiany takie wśród organizmu w rzeczywistości są możebne, i to w tak krótkim czasie, jakby to z klinicznych danych przypuścić należało. *(Ztschft f. klin. Med. v. Frerichs* II Bd. 3 Hft.) *Dr. Pisek.*

Dr. Norton Whitney: **Choroba zwana kakke.**

Choroba tego nazwiska jest właściwą Japonii. Jest endemiczną w okolicach nizko położonych. Jest cierpieniem powracającém, bez gorączki, niezaraźliwém; najsilniéj występuje w lecie. Objawami cechującemi jest bicie serca, brak czucia w skórze, porażenie częściowe mięśni, bóle w mięśniach, które porażeniu nie podległy, uczucie niepokoju w okolicy serca, szmery skurczowe, puchlina ogólna, a w niektórych przypadkach nudności i wymioty.

Uważaną jest za chorobę zakaźną, a jako jéj przyczynę uważa Dr. Simmons (Yokohama) swoisty jakiś przyrzut. Przepełnienie ludźmi, niedostateczne lub złe osuszenie gruntu, niedokładne przewietrzanie wznieca najprawdopodobniéj tę chorobę u ludzi osłabionych, z zajęciem siedzącém, zmęczonych, źle żywionych. W ogóle zły klimat, sposób życia, pora letnia, płeć, brak pożywienia są głównemi przyczynami usposabiającemi. Kakke nie jest tą samą chorobą co beriberi, endemiczna w Indyjach, na wyspie Ceylon i Brazylii.

Choroba przebiega w dwóch głównych odmianach. Jedna z puchliną odznacza się wylaniem się surowicy do tkanki podskórnéj i do jam surowiczych; druga z zanikiem cechuje się szybkiém cieńczeniem niektórych mięśni i zmniejszeniem się płynów w organiźmie.

Objawami ogólnemi są: zwiastunowe osłabienie, brak czucia miejscowy rozpoczynający się na goleni, końcu palców, okolicy przodkowéj ud i zewnętrznéj barków, okolicy podbrzusza i około ust.

Mięśnie tylne łydki, mięśnie górnéj części klatki piersiowéj i okolicy nadłopatkowéj stają się miększemi i bolesnemi; następnie mięśnie w okolicy, gdzie się rozwinęła bezczułość skórna, ulegają porażeniu albo w niektórych przypadkach zanikowi, czasem podpadają kurczom. Zdziergacz rzyci i pęcherza nie ulega w prostych przypadkach nigdy porażeniu.

Bicie serca jest stałym objawem i nie do wytrzymania. Tętno dochodzi do 140. Na podstawie serca i w okolicy wielkich naczyń słychać szmer skurczowy. Stłumienie okolicy serca zwiększa się w odmianie puchlinowéj. Brak apetytu, złe trawienie, a często pod koniec choroby wymioty. W puchlinie piersiowéj i zbrzęknieniu płuc zjawia się duszność i niepokój.

Ilość moczu zmniejsza się. Ciężar gatunkowy powiększa się. Białko lub krew rzadko się tylko pojawia. Puchlina zdarza się w większéj części przypadków, rozpoczyna się na goleni i zajmuje późniéj niższe części ciała, czasem nie występuje powyżéj kostek. Może także wystąpić jako ogólna z puchliną jam surowiczych. Na twarzy rzadko się pojawia, a jeżeli się wytworzy to w mniejszym stopniu niż w chorobach nerkowych.

Umysł i narządy zmysłowe wcale nie cierpią. Cieplota jest zmienna, nie podnosi się bardzo, a najczęściéj jest prawidłowa

Niedokrewność jest stałym objawem. Wysięki puchlinowe, bezczułość, porażenie, nadczułość są zawsze obustronne.

Durzyca, zimnica, czerwonka zdarzają się niekiedy w przebiegu kakke.

Wiadomości z patologicznéj anatomii są prawie żadne. Sądząc z objawów domyślać się można, że rdzeń pacierzowy, rdzeń przedłużony i ośrodki współczulne są chore. Mięśnie wycięte za życia choremu i pod drobnowidem zbadane okazują znaczne zwyrodnienie.

Leczenia ustalonego jeszcze nie ma. Lekarze japońscy zalecają środki przeczyszczające i pokarmy wiele azotu zawierające. Lekarze obcy podają również środki przeczyszczające i moczopędne. Zadawano akonit celem uspokojenia ruchów serca i zmniejszenia nadczułości mięśniowéj; radzą także strychnin i elektryczność przeciwko zanikowi i pora-

żeniu mięśni. Chorego należy oddalić z okolicy, gdzie panuje kakke w okolice jak najwyżéj położone, a jest to najskuteczniejszym środkiem obok polepszenia warunków hygienicznych i używania wszelkich możebnych środków leczniczych. Bez wydalenia chorego z okolicy niezdrowéj i najtroskliwsze leczenie nic nie pomoże. Chorobę tę opisał pierwszy Dr. Norton Whitney w *Medical Times of Philadelphia. (Journal de Thérapeutique*, 1882, 2). *S. P.....i*

Prof. J u r a s z (w Heidelbergu): **O leczeniu znacznych skrzywień przegrody nosowéj.**

Skrzywienia przegrody nosowéj dotyczą przeważnie części jéj chrząstkowéj. Nieznaczne stopnie skrzywienia nie zakłócają zazwyczaj czynności nosa, silne zaś zboczenia przegrody, sprowadzając mniéj lub więcéj znaczne zwężenie albo nawet i zupełną niedrożność jednego lub obydwóch przewodów nosowych, zakłócają powonienie, utrudniają lub uniemożebniają odpływ wydzieliny błony śluzowéj, wpływają niekorzystnie na głos, wymowę i oddychanie, a przez to niekiedy i na zdrowie całego ustroju. Z tego wynika ważność tego cierpienia na pozór błahego pod względem leczniczym.

Q u e l m a l z w zeszłym wieku, w najnowszym czasie M i c h e l, polecają chorym uciskać 50—100 razy dziennie skrzywioną przegrodę w stronę przeciwną wygięciu. Sposób ten jednakże nie prowadzi zwykle do celu, przynajmniéj w przypadkach znaczniejszego skrzywienia, wymaga bowiem od chorego zbyt wielkiéj cierpliwości. Postępowanie operacyjne wystarcza tylko w skrzywieniach wolnego brzegu przegrody nosowéj, w zboczeniach zaś odcinka jéj środkowego i tylnego, mimo poleceń D i e f f e n b a c h a i R o s e r a, zwykle jest niewykonalném. Pole operacyjne jest zbyt ciasne, wprowadzone narzędzia wypełniają je prawie zupełnie, krew zalewa przystęp do reszty, trzebaby operować na oślep. To téż nie wahał się D e m a r q u a y znaleźć przystęp i rozszerzyć pole operacyjne przez przecięcie grzbietu nosa. Inni polecają i wykonywają wycięcie kawałka wypukłéj części przegrody w celu przywrócenia komunikacyi między jamami nosowemi, bez względu na nieprawidłowe ustawienie przegrody. Sposób ten operowania, z wielu względów odpowiadający celowi, o tyle nie jest dostateczny, że tylna przestrzeń zwężonego przewodu nosowego i tak nie może odbywać prawidłowych swych czynności, a skutkiem niedostatecznego przewiewu i nagromadzonéj wydzieliny staje się siedliskiem różnych przewlekłych zmian zapalnych. Dla d o s z c z ę t n e g o leczenia skrzywień przegrody nosowéj podał był przed kilku laty A d a m s nowy sposób postępowania. Sprostowawszy przemocą, za pomocą szczypczyków odpowiednio sporządzonych, skrzywioną przegrodę, zakładał na 3 dni do otworów nosowych kompresor złożony z dwóch płytek metalowych, utrzymujących przegrodę w położeniu prawidłowém. Późniéj zakłada przez dłuższy czas płytki z kości słoniowéj. Postępowanie to, aczkolwiek dobre daje wypadki, ma dużo stron ujemnych. Najważniejszą z tych jest ta, że operator działać musi w dwóch ustępach, t. j. najprzód wyprostować szczypczykami przegrodę nosową a n a s t ę p n i e dopiero założyć kompresor, co w obec sprężystości przegrody, wracającéj natychmiast po odjęciu szczypczyków w pierwotne położenie nieprawidłowe, jest rzeczą bardzo trudną. Dla usunięcia téj niedogody obmyślił Jurasz przyrząd, łączący w sobie i szczypczyki i kompresor. Do końców kleszczyków, rozkładalnych podobnie jak kleszcze porodowe, przytwierdzone są szrubką płytki podobne postacią do przegrody nosowéj. W celu sprostowania skrzywionéj przegrody wprowadza się z osobna jedno ramię kleszczyków do jednéj, drugie do drugiéj jamy nosowéj. Zbliżając wolne ramiona kleszczyków do siebie, wywiera się płytkami do kleszczyków przytwierdzonemi obustronny ucisk na przegrodę nosową i prostuje ją dowolnie; następnie łączy się wprowadzone do nosa płytki ze sobą za pomocą szrubki, odśrubowuje się od nich ramiona kleszczyków a płytki pozostawia w jamach nosowych jako kompresor przez 3 dni. Późniéj należy jeszcze zakładać przez dłuższy czas płytki z kości słoniowéj, zwalczać zapalenie błony śluzowéj za pomocą wstrzykiwań itd.

J u r a s z opisuje dwa przypadki znacznego skrzywienia przegrody nosowéj operowane jego sposobem, zakończone zupełném wyleczeniem. *(Berl. klin. Wchft.*, 1882, Nr. 4).

Dr. Smoleński (Jaworze).

Dr. M o n c k t o n: **Obrażenie głowy, śmierć, związek przyczynowy?**

Młodzieniec l. 21 liczący śród biesiady w domu publicznym silnie uderzony został pięścią między oczy, w skutek czego potoczył się i doznał silnego krwotoku z nosa oraz chwilowéj utraty przytomności; przyszedłszy prędko do siebie był w stanie bez pomocy udać się do pomieszkania swego, o 3 mile (ang.) odległego. Następnego dnia przechadzał się, 3go pracował przez cały dzień w kopalni węgla; 4go jął się także pracy, lecz krwotok z nosa i ust zmusił go osłabionego bardzo do jéj zaniechania i udania się do domu. 5go dnia dopiero radził się lekarza, skarżąc się głównie na ból głowy; 7go dnia wystąpiły ciężkie objawy mózgowe a 8go śmierć. Sekcyja sądowa wykazała skrzep krwi zbity, niewarstwowy, wielkości małego orzecha włoskiego, ważący 201 ziarn, w sklepieniu półkuli mózgowéj lewéj (nie w komórce), $1\frac{1}{2}$ cala na lewo od szczeliny podłużnéj, między średnią a tylną $\frac{1}{3}$ częścią półkuli, na dnie rowka pomiędzy zwojami; naczynia opony twardéj i naczyniówki mocno nastrzykane; czaszka nieuszkodzona, a powłoki jéj nie okazują żadnego śladu obrażenia. Dr. M. orzekł, że uderzenie pięścią sprawiło pęknięcie naczynia krwionośnego w nosie i w części górno-tylnéj mózgu, że wynaczynienie krwi w mózgu, jako bliżéj powierzchni zewnętrznéj położone miało mniejszę znaczenie, aniżeli gdyby krew była się wylała do wnętrza lub na podstawę mózgowia, i że śmierć była następstwem przekrwienia i zapalenia błon mózgowych (o którém jednak w protokole sekcyjnym nie wspomina), powstałego dopiero w 3 dni po pobiciu. Przysięgli oglądacze *(coroner's jury)* uznali sprawcę winnym zabójstwa, trybunał przysięgłych *(judge of assize)* atoli uwolnił go z powodu, że objawy po pobiciu spostrzeżone były za nadto nieznaczne, aby mogły dowieść, że śmierć była następstwem pobicia.

Dr. M. uznał za stosowne czytać sprawozdanie o tym przypadku na posiedzeniu tow.-lek. w Staffordshire i poddał pod rozprawy dwa pytania: kiedy skrzep w mózgu powstał i czy obrażony mógł chodzić i pracować 2—3 dni pomimo wynaczynienia w mózgu; a dopiero towarzystwo pouczyło pana znawcę, że wynaczynienie było następstwem pobicia i przyczyną śmierci. *(The Lancet*, 1882, 11 lutego). *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Szybkość wessania z ran.** M. D a v a i n e przedstawił Akademii Umiejętności niektóre spostrzeżenia nad wessaniem z ran.

Kwestyja ta jest bardzo ważną pod względem praktycznym, gdyż jad często dostaje się tą drogą do krwiobiegu. Że wessanie z podskórnych ran odbywa się nadzwyczaj szybko, jest rzeczą dowiedzioną, *Gazette Medicale* wspomina o doświadczeniach Renaulta co do zawiązku jadu zołzów i Collina co do zawiązku jadu wąglikowego. Kilka minut wystarczyło, aby wypalenie okazało się bezskutecznem, jeśli było dokonane w dziesięć lub piętnaście minut po zaszczepieniu. Badania Davaina odnosiły się do ważnéj kwestyi, czy wessanie odbywa się jednakowo szybko z powierzchni ran wszelkiego rodzaju i doprowadziły do wniosku, że tak nie jest. Umieściwszy nieco wytworu chorobowego w przypadku wąglika na powierzchni rany powstałéj u królika po przyłożeniu pryszczydła lub przez starcie chropowatą powierzchnią jakiegoś narzędzia albo téż przez wycięcie kawałka skóry, znalazł że wiele zwierząt utrzymało się przy życiu, gdy ranę wypalono potasem żrącym w godzinę, dwie lub trzy. Podaje anatomiczne wyjaśnienie różnicy zachodzącéj w wyniku doświadczeń. W ranie podskórnéj pewna ilość małych naczyń ulega przecięciu a krążenie utrzymuje się przez oboczne gałęzie odchodzące tuż pod przecięciem naczynia i przez nie to jad wnika do wnętrza przeciętego naczynia i dostaje się do ogólnego krwiobiegu. Ten sam skutek nie ma miejsca w ranach znaczniejszych rozmiarów, prawdopodobnie dla tego, że znaczniejsza część pni naczyniowych jest przeciętą. Jakiekolwiek przyjmiemy tłumaczenie, jasną jest rzeczą, że rany drobne są niebezpieczniejsze i że wypalenie, jeżeli ma być skuteczne, winno być nader szybko dokonane. (*The Lancet*, 1882, I, Nr. 1).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja stryjska Towarzystwa lekarzy galic.

Posiedzenie w Dolinie dnia 1go października. Członków obecnych 12 i jeden gość.

1. Przewodniczący kol. Serkowski zdał sprawę z wykładów, demonstracyj i rozpraw, które były przedmiotem obrad w sekcyjach medyc. wewn., chirurgicznéj i medycyny publicznéj III Zjazdu lekarzy polskich w Krakowie. Nad niektóremi przedmiotami wywiązała się ożywiona dyskusyja. Ponieważ lekarze na prowincyi najwięcéj mają z dyfteryją do walczenia, więc téż przy sprawozdaniu z rozpraw nad różnemi środkami terapeutycznemi przeciw téj chorobie stosowanemi każdy z obecnych lekarzy podawał swe doświadczenia na tém polu do wiadomości kolegów. Zgadzali się niemal wszyscy w tém, że w praktyce miejskiéj, przy sprzyjających warunkach higijenicznych i wczesném zawezwaniu, może lekarz bardzo często życie uratować już przez samo mechaniczne i chemiczne (antiseptyczne) czyszczenie gardła. Co się tyczy sposobu czyszczenia gardła to wszyscy obecni potępiali tuszowanie kamieniem piekielnym, w obronie tego środka wystąpił kol. Axelrad. Natomiast większa część obecnych uznała skuteczność pędzlowania rozczynem półtorachlorku żelaza z gliceryną i częstego płukania gardła i nosa rozczynem chloranu potasowego kwasu borowego lub innego środka antiseptycznego. Kol. Papieski przemawiał za skutecznością wewnętrznego używania proszku złożonego z chininu i salicylanu sodowego. Kol. Krzyształowicz, który już w samych początkach uważa tę chorobę jako ogólną a nie lokalną, większe ma zaufanie do środków ogólnych i właśnie rozpoczął doświadczać pilokarpinu. Kol. Zygmunt Dzikowski nie wyrobił sobie w swych doświadczeniach żadnego zaufania do pilokarpinu i większe znaczenie przypisuje środkom analeptycznym, równocześnie podawanym. Zgadzają się daléj wszyscy na to, iż o ile lekarz w mieście, przy sprzyjających warunkach higijenicznych i wczesném zawezwaniu, wiele zdziałać może, o tyle przeciwnie lekarze na wieś delegowani w czasie epidemii są bezsilni. Najenergiczniejsze ich usiłowania rozbijają się: 1. z powodu niechęci i braku zaufania wieśniaków do lekarzy, 2. z powodu niezdarności rodziców i oporu dzieci przy pędzlowaniach i płukaniach gardła, 3. z powodu niemożności oddzielenia chorych od zdrowych, 4. z powodu niemożności nakłonienia rodziców, a nawet wójtów, do rychłego przenoszenia dzieci z dyfteryi zmarłych do trupiarni, wreszcie 5. z powodu odrazy do środków dezinfekcyjnych, za które gminy, a względnie chorzy sami, płacić muszą, gdyż zapisywanie tych środków na koszt funduszu publicznego jest wzbronioném. Kol. Fryderyk Dzikowski podnosi, że skoro w epidemijach dyfteryi lekarze mało u chorych zdziałać mogą, to powinni przynajmniéj starać się o to, aby przez energiczne użycie środków sanitarno-policyjnych epidemija daléj się nie szerzyła; rozporządzenie Namiestnictwa z 24 grudnia 1877 przeciw dyfteryi jest bardzo dobrém, lecz dla braku egzekutywy nie bywa wykonywaném. Z tych powodów uchwalono na wniosek kol. Templego jednogłośnie: Sekcyja stryjska przedkłada Walnemu Zgromadzeniu następujący wniosek: „Wzywa się Radę Zawiadowczą Tow. lek. gal., aby u właściwych władz odpowiednie poczyniła kroki, iżby w każdym przypadku epidemicznéj dyfteryi delegowani lub eksponowani lekarze mieli dodaną asystencyję wojskową lub żandarmeryję, któraby w podobny sposób, jak się to dzieje w księgosuszu lub zbliżającéj się dżumie, nad zarażonemi chatami kontumacyję rozciągnęła i pilnowała, aby przez osoby obce dyfteryja na zewnątrz się nie rozwlekała, wewnątrz zaś chat, aby środki lecznicze i dezinfekcyjne, przez lekarzy zalecane, należycie były wykonywane.“ Nadto na wniosek kol. Krzyształowicza sekcyja uchwała przedłożyć drugi wniosek Walnemu Zgromadzeniu: „Wzywa się Radę Zawiadowczą, aby u właściwych władz postarała się o usunięcie w ustępie 1. rozporządzenia c. k. Namiestnictwa z 6 marca 1874 wyrazów: „i środków dezinfekcyjnych“, który to ustęp zabrania na koszt funduszu publicznego zapisywać leki odwietrzające.“ Już sam wzgląd na to, że środki odwietrzające stosują się nie dla ratowania pojedynczych chorych, lecz dla ratowania ogółu, powinien nakłonić Rząd do zniesienia tego niewłaściwego przepisu; niewłaściwém bowiem jest, aby za środki dla pojedynczych chorych ubogich płacił fundusz publiczny, a za środki dla ratowania ogółu płacił ubogi chory.

2. Kol. Zygmunt Dzikowski opisał z swéj praktyki prywatnéj rzadki przypadek *pemphigus foliaceus;* chory mimo używania różnych środków dogorywa. Tenże opowiedział o przypadku otrucia 6ciu osób arszenikiem w domu sędziego w Kałuszu. Wszystkie osoby wyzdrowiały po użyciu środków wymiotnych, u jednéj osoby pokazała się wysypka i rumień na skórze.

3. Jednogłośnie poparto prośbę wdowy po koledze B. pozostałéj z 5giem dzieci o wyznaczenie jéj stałéj pensyi.

4. Przewodniczący zawiadomił, iż z funduszu sekcyi zakupił siedm tomów Encyklopedyi lekarskiéj Eulenburga po 10 złr. 56 c. za każdy tom.

5. Uchwalono, aby tegoroczni członkowie biura urzędy swe na rok przyszły zatrzymali Delegatem obrano kol. Krzyształowicza, zastępcą kol. Serkowskiego.

Następne posiedzenie ma się odbyć w Kałuszu.

Dr. Papieski. Sekretarz. *Dr. Serkowski.* Naczelnik.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 29 stycznia do 4 lutego ogólna śmiertelność w Krakowie spadła z 28,3 na 27,5 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 2, (0 z t.); z płonicy 1 (2 z. t.); z błonicy 2 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.); z duru osutkowego 3 (2 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.). W tygodniu od 1—7 stycznia ospa w Londynie wcale się nie zmieniła. Leczyło się w szpitalach 504, świeżo zapadło 89, umarło 20. W Pradze umarło z ospy 4, w Wiedniu 15, w Paryżu 19, w Petersburgu 13, w Warszawie 53. Z duru osutkowego umarło w Londynie 1, w Warszawie 2, w Walencyi 4, w Petersburgu 11. Odra złagodniała w Londynie, Glasgowie i Chrystyjanii W Saragosie umarła 1 osoba z choleryny w końcu grudnia z. r. Ospa szerzy się w większych miastach Ameryki północnéj.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 1—7 stycznia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie

35,1; we Lwowie 34,8; w Poznaniu 25,8; w Wiedniu 29,1; w Pradze 30,7; w Tryjeście 31,7; w Berlinie 22,9; w Wrocławiu 30,7; w Mnichowie 28,9; w Gdańsku 29,7; w Dreznie 26,4; w Lipsku 22,3; w Bazylei 28,5; w Brukseli 25,2; w Amsterdamie 28,1; w Hadze 20,3; w Paryżu 31,8; w Londynie 24,9; w Kopenhadze 25,9; w Stokholmie 21,4; w Chrystyjanii 24,7; w Petersburgu 53,0; w Odesie 34,4; w Wenecyi 32,5; w Bukareszcie 29,9; w Aleksandryi 38,8; w Nowym Yorku 30,6; w Filadelfii 21,6; w Bombaju 29,3; w Madrasie 39,5. *J. B.*

Sprawozdanie o śmiertelności

w miastach Galicyi liczących nad 15.000 ludności od 3 lipca do 30 września 1881. (Kwartał trzeci).

Nazwa miasta	Ludność	Liczba zmarłych bez nieżywo urodzonych	Stosunek zmarłych obliczony na 1000 mieszkańców i na rok	Wiek zmarłych							Przyczyna śmierci: Choroby zakaźne											Inne panujące choroby								Śmierć gwałt.		
				1 rok	2—5 lat	6—20 lat	21—40 lat	41—60 lat	60 i wyżéj	wiek nieznany	Ospa	Odra	Płonica	Dławiec i błonica	Krztusiec	Dur brzuszny	Dur plamisty	Cholera	Czerwonka	Gorączka połogowa	Inne choroby zakaź.	Suchoty płuc	Zapalenie płuc, krtani i tchawicy	Inne ostre choroby narządu oddechow.	Udar	Ostry gościec stawowy	Zapalenie jelit	Choleryna	Wszystkie inne choroby	Śmierćprzypadkowa lub nieznana przycz.	Samobójstwo	Morderstwo lub zabójstwo
Lwów	110.252	723	26.2	190	91	59	124	128	131	—	19	—	3	17	8	6	—	—	2	3	—	186	55	4	18	1	46	14	330	8	3	—
Kraków	67.000	593	35.4	146	124	46	112	88	77	—	12	32	17	20	17	3	17	—	31	4	9	69	92	15	1	—	85	5	157	3	4	—
Brody	20.071	189	37.6	79	28	21	20	21	20	—	18	—	18	7	—	3	2	—	4	1	—	11	2	2	3	—	14	—	104	—	—	—
Drohobycz	18.225	136	29.8	58	21	11	16	17	13	—	—	—	—	3	—	9	2	—	—	—	1	4	10	22	1	—	26	—	58	—	—	—
Kołomyja	23.109	158	28.1	60	29	18	20	17	14	—	—	1	—	17	—	4	—	—	1	1	—	26	7	2	—	—	7	3	88	—	—	1
Przemyśl	22.040	145	26.3	57	13	18	19	19	19	—	—	1	—	5	5	3	1	—	—	1	11	31	11	1	—	—	9	5	48	1	1	1
Stanisławów	18.626	135	29.0	61	11	11	18	16	18	—	1	—	—	8	6	4	—	—	1	—	—	20	6	—	1	2	9	—	75	1	1	—
Tarnopol	20.087	208	41.4	117	18	9	24	9	30	1	—	—	1	12	1	6	—	—	—	—	5	19	11	3	—	—	1	39	105	3	2	—
Tarnów	24.006	166	27.7	39	40	23	29	20	15	—	—	1	2	41	5	4	4	—	5	1	1	19	14	—	4	—	12	—	60	2	1	—
Razem	323.416	2453	30.3	807	375	216	382	335	337	1	50	35	41	130	42	42	26	—	44	11	27	385	208	49	28	3	209	66	1025	18	12	2
Odsetki ogólnéj liczby zmarłych				32.9	15.2	8.8	15.5	13.6	13.7	0.04	2.04	1.42	1.67	5.30	1.71	1.71	1.06	—	1.79	0.45	1.10	15.6	8.48	2.0	1.14	0.12	8.48	2.69	41.8	0.74	0.49	00·8

Lwów dnia 10 lutego 1882. *Dr. Merunowicz.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 lutego. D. 12 bm. umarł w Krakowie w 77 roku życia lekarz praktyczny Dr. Franciszek Bulikowski, b. prymaryjusz szpitala św. Ducha, ozdobiony krzyżem wojskowym *virtuti militari.* Bijograf nic więcéj nie umiałby powiedzieć o koledze, którego właśnie straciliśmy. Ale wszyscy ci, co go znali, co przez długie lata mieli sposobność stykania się z nim, nierównie więcéj o nim wiedzą. W osobie śp. Bulikowskiego stracił Kraków jednego z najzacniejszych obywateli, stracił stan lekarski kolegę, jakich mało, coraz mniéj niestety. Niezmordowanéj pracowitości do ostatniego tchnienia, każdéj chwili, czy w dzień czy w nocnéj porze, gotowy na każde zawołanie i wylany dla cierpiących, był to prawdziwy żołnierz na wyłomie, a czerstwe wejrzenie i piękna postawa w rzeczywistości przypominały rycerski zawód, od którego Bulikowski rozpoczął niestrudzone niczém działanie swoje. Wykonawstwu lekarskiemu wyłącznie oddany — *totus in illo* — nie znał żadnéj innéj ambicyi nad służenie bliźniemu; ale téż nie prędko pojawi się kolega o skromności istnie rzadkiéj w naszych czasach, usłużny i grzeczny dla każdego, choć najmłodszego, a sam bez żadnych zgoła pretensyj! To téż śp. Bulikowski nie miał nigdy nieprzyjaciół, a wielbicielami cichymi byli wszyscy, co go poznali, a kto go nie znał bliżéj, szanował piękną postać, do któréj można było stósować zaszczytny przydomek: śród starców młody! Zaiste była to postać spiżowa, któréj pamięć nie tak prędko zaginie. Ze wszech miar zacnego kolegę stracili lekarze krakowscy, a jednomyślnie ta opinija wieńczy długi, skromny, a niczém niepokalany, żywot lekarza i obywatela!

* **Praga czeska.** Časop. lék. česk. zapisuje radosną wiadomość, że Izba Panów w Wiedniu większością 27 głosów przyjęła wniosek mniejszości w sprawie Uniwersytetu czeskiego, że więc byt uniwersytetu w ten sposób jest zabezpieczony, kończąc życzeniem: *Quod faustum, felix, fortunatumque eveniat!*

Podzielamy radość pobratymców naszych i żywo pragniemy, aby Uniwersytet czeski, a w szczególności Wydział jego lekarski, cieszył się najlepszém powodzeniem.

W ostatniéj chwili otrzymaliśmy petycyję wystosowaną przez Spolek lék. česk. do Izby Panów w języku czeskim i niemieckim; petycyja ta, mająca już tylko znaczenie historyczne, trafnie wyłuszcza powody, przemawiające za utworzeniem Uniw. czeskiego i zbija zarzuty nieuzasadnione przeciwników.

* **Wiedeń.** W skutek uchwały Rady miejskiéj ulica, na któréj mieszkał i umarł Skoda (*Reitergasse* w VIII okręgu) nazywać się odtąd będzie ulicą Skody.

* **Mianowania i odznaczenia.** Dotychczasowy tytularny prof. nadzw. w Gracu Dr. Ernest Börner mianowany został nadzw. profesorem położnictwa i ginekologii tamże. — Trendelenburg otrzymał katedrę chirurgii w Bonnie. — Profesor anatomii patolog. w Gracu Dr. Jan Kundrat mianowany został prof. anatomii patolog. i przełożonym Zakładu anatomii patolog. we Wiedniu. — Dr. Gierke, dotychczasowy profesor anatomii w Tokio, w Japonii, mianowany został profesorem nadzw. w Wydziale lek. we Wrocławiu.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarł Dr. Junod, który wsławił się butem krew ściągającym. — Z duru osutkowego zmarli: w Opawie fizyk miejski Dr. Czernoch, a w Bernie morawskiém lekarze szpitalni Drowie Weiss i Lesztinsky.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 6: Matlakowskiego: Uwięzgnięcie w oskrzelu szczoteczki, odłamanéj przy czyszczeniu rurki tracheotomicznéj; Kramsztyka: Zmiany chorobowe, występujące w oczach po przebyciu gorączki powrotnéj (c. d.). W *Przewodniku gimnast.* Nr. 2: Żulińskiego: Ruch mięśniowy i wpływ jego na zdrowie człowieka (c. d.); Jarnatowskiego: Praca zawodowa i ćwiczenia cielesne (dok.). — W *Medycynie* Nr. 6: Stankiewicza: Przepuklina pachwinowa uwięziona, zgorzel kiszki, wycięcie 20 cm. takowéj, szew kiszkowy.

Redakcyja otrzymała:

M. REICHMANN (w Warszawie): Niestrawność *(dyspepsia)* Warszawa 1882, in 8vo str. III i 312.

Dr. B. WICHERKIEWICZ (w Poznaniu): Einige Betrachtungen über sog. Bulbuswarzen. (Osobne odbicie z „Centralbl. f. pract. Augenh." 1882), in 8vo str. 6.

Piśmiennictwo lekarskie. BÖRNER E. Ueber das subseröse Uterus-Fibroid. Lex.-8. Leipzig, Breitkopf et H. M. 75.

COULBAULT. Des lésions de la cornée d'ammon dans l'épilepsie. 8 Paris, Delahaye et L. Fr. 2.

COUTAN. Contribution à l'étude l'orchite traumatique. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 3.

DELAUNAY. Traitement de la phthisie. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 1.

DIEULAFOY G. Manuel de pathologie interne. Tome II, Ire partie. Maladies de l'appareil digestif et du foie. 18 Paris, G. Masson. cart. Fr. 4.

W poniedziałek dn. 20 bm. o godz. 11téj rano odbędzie się we Lwowie, w biórze sanitarném Namiestnictwa, Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Sprostowanie. W Nrze 6 Przegl. Lek. na str. 71 w szp. 2giéj, w wierszu ostatnim opuszczono po słowach „zwiększano dawkę do 2·5" wyraz „centigrama."

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 25 lutego 1882. № 8. Rok XXI.

I. Przypadek osutki pęcherzykowéj z przebiegiem ostrym u chorego z kiłą wczesną.

Podał Dr. G. Sysak,
lekarz szpitala w Zebrzydowicach.

W roku 1881 obserwowałem w szpitalu Braci Miłosierdzia w Zebrzydowicach ciekawy przypadek choroby skórnéj, ktory dla swéj rzadkości ośmielam się bliżéj opisać.

W dniu 4 lutego 1881 przybył do szpitala w Zebrzydowicach Jan Pi. z Stryszowa, l. 22 liczący, dobrze zbudowany i odżywiony z wrzodem w rowku żołędziowym tuż przy więzadełku po stronie lewéj umieszczonym i znacznym obrzękiem gruczołów pachwinowych, które wielkości orzechów włoskich dochodziły i tworzyły zbite twarde pakiety po obu stronach. Chory podaje, iż przedtém zawsze zdrów, po raz ostatni(?) spółkował przed rokiem, a obecne cierpienie swe odnosi do potarcia miejsca tego, gdzie obecnie wrzód jest usadowiony, niebieskim kamieniem, który od razem z nim pracującego Jana Pak...., również z Stryszowa pochodzącego a obecnie w szpitalu z recydywą kiły leżącego, miał otrzymać. Kamieniem tym miał wspomniony parobek pocierać swoje wrzody, i użyczył go naszemu choremu, który na swędzenie w rowku żołędziowym się żalił, po potarciu tym kamieniem miał powstać wrzód, z którym się chory do szpitala zgłosił.—Nie wchodząc bliżéj w prawdziwość tego podania, ponieważ znalazłem wrzód jeden o brzegach ostro ciętych z podstawą stwardniałą i całą paczkę gruczołów twardych niebolesnych, rozpoznałem wrzód stwardniały (*Ulcus induratum in frenulo praeputii. Adenitis inguinalis insignis*) a stosując u wzmiankowanego powyżéj chorego injekcyje sublimatu (zapisanego według wzoru:

Rp. Sublimat. corrosivi purissim. 1,0
Natri chlorati 10,0
Aq. destill. 100,0
Morph. muriat· 0·80 M. filtra).

zastósowałem je i u naszego chorego. Chory znosił injekcyje bardzo dobrze, a po 8miu wstrzyknięciach wrzód się zabliźnił, miejscowo tylko skubanką opatrywany i raz przytuszowany *cum Arg. nitrico.* Nie znajdując więcéj żadnych zmian na skórze chorego, jak na teraz wyleczonego, już w dniu 12 lutego ze szpitala wypuściłem. Atoli już w dniu 19 lutego zgłosił się chory napowrót do szpitala, podając, iż przed 3ma dniami dostał pieczenia i palenia w skórze; wkrótce potem spostrzegł, że po całém ciele wysypały się plamy czerwone, do tego przyłączył się ból gardła przy połykaniu, wargi popadały się i broczyły, z ócz ciekły łzy, a powieki zalepiały się ropą. Sprawa pogarszała się z dniem każdym i dla tego chory do szpitala przybywa. Badanie w dniu 20 lutego wykazało na twarzy miejsca okryte łuskami odpadającego przyskórka. Powieki nieco obrzmiałe, spojówki mocno rozpulchnione i zaczerwienione, wargi wejrzenia słoninowatego popękane, za dotknięciem broczą. Błona śluzowa policzków okryta białawemi plamami okazuje tu i owdzie drobne punkta czerwone, podniebienie miękkie i migdałki również zaczerwienione i obrzmiałe okazują drobne wynaczynionki. Skóra tułowia, klatki piersiowéj i odnóg prawie jednostajnie czerwonawa, zaczerwienienie to pod uciskiem ustępuje, po ustaniu nacisku wraca. Na tle tém prawie jednostajnie zaczerwienioném znajdują się ciemniejsze brudnoczerwone plamy. Na grzbiecie rąk i na przedramionach guzki wyniosłe po nad powierzchnię skóry, barwy miedziano-czerwonéj, od wielkości główki od szpilki do wielkości ziarna soczewicy dochodzące, miejscami współśrodkowo ustawione, miejscami zlewają się tworząc mniejsze lub większe wyniosłości płaskie. Guzki te pod uciskiem palca bledną. — Na skórze grzbietu kilka drobnych pęcherzyków rozsianych wielkości główki od szpilki obok tego kilka miejsc wielkości centa dochodzących, utworzonych przez gromadkę takichże drobnych obok siebie ustawionych pęcherzyków. Na podudziach na stronie przodkowéj dwa pęcherze wielkości grochu, wypełnione cieczą surowiczą, jasną, oraz kilka miejsc

pozbawionych przyskórka. Gruczoły podszczękowe wielkości grochu, pachwinowe do wielkości orzecha włoskiego dochodzące, twarde, niebolesne. Po odsunięciu napletka w miejscu zabliźnionego przed tygodniem wrzodu wrzód szarą wypociną okryty.—Badanie organów wewnętrznych nie wykazuje żadnych zboczeń. Ciepłota ciała podniesiona, 39°C., brak apetytu zupełny. Nie mogąc sobie na razie zdać sprawy z tego obrazu chorobowego zaleciłem choremu ścisłą dyjetę i płukanie z *Kali chloricum*, w dniu 22 lutego, uważając tę sprawę za recydywę kiły (do czego obok anamnezy, obrzęku gruczołów głównie polimorfia osutki mnie skłoniła), postanowiłem zastósować podskórnie sublimat, i z powyżéj wzmiankowanego rozczynu zastrzyknąłem 1 gram = 0·01 sublimatu. Ku wieczorowi dnia tego chory czuje się gorzéj, żali się na pieczenie w skórze i powiada, że robi mu się tak samo jak przed tygodniem w domu, ciepł. 39 C. 23go rano na całéj skórze tułowia, odnóg dolnych i na barkach i ramionach powstało mnóstwo pęcherzy wypełnionych cieczą surowiczą, czystą, pęcherze różnéj wielkości, niektóre szczególniéj w miejscach uciśniętych, jak w pasie, na pośladkach i pod pachami dochodzą wielkości dużego jaja kurzego. Ścianki pęcherzy mniejszych są napięte, przeźroczyste, większych wiotkie, fałdujące się. Najwięcéj pęcherzy znachodzi się na klatce piersiowéj z przodu pod żebrami naokoło, na wewnętrznych powierzchniach ud i pośladkach, mniéj na brzuchu i grzbiecie, najmniéj na przedramionach i twarzy. Ciecz wypuszczona z pęcherzy jest czysta, żółtawa, do surowicy podobna, za dodaniem kwasu azotowego krzepnie. Cała zresztą skóra, wolna od pęcherzy, czerwona jakby oparzona, przy ujęciu w fałd przyskórek się marszczy i zdziera tak, iż injekcyi drugiéj nie można zrobić. Jedynie na przedramionach skórę w fałd uchwycić było można i mimo oporu chorego, który wystąpienie pęcherzy injekcyi przypisuje, zastrzyknięto 0·01 sublimatu. Ciepł. ciała 38·5. Do 24 lutego pęcherzy jeszcze przybyło na klatce piersiowéj i skórze brzucha, chory żali się na mocne napięcie i pieczenie w skórze, dla usunięcia którego pęcherze ponakłówano i wypuszczono cieczy żółtawéj surowiczéj około litra. — W dniu 25 treść w niektórych nienakłótych pęcherzach zmętniała, stała się ropną, w dwu pęcherzach posokowatą. Mocz mętny barwy wysycono-wino-żółtéj, c. g. 1·021, oddziaływanie kwaśne, po zagotowaniu jaśnieje, białka nie ma, chlorki prawidłowe, temp. rano 38°, wieczorna 39.5. Leczenie: po zaniechaniu injekcyj, o których myśleć nie było można z powodu iż nie było miejsca, gdzieby takowe można zrobić, zapisałem choremu *int. Kalium jodatum* 5:200 trzy łyżki dziennie. Płukanie z *Kal. chl.* 10:400 i zawijania w zimne mokre prześcieradła.

Od 26 lutego do 3 marca chory ani ruszyć się nie może, bo prześcieradła poprzylepiały się i przy każdém poruszeniu chorego przyskórek zdziera się, chory leży tylko opierając się na łokciach i brzuchu. Po odmoczeniu i odwinięciu prześcieradeł przyskórek w większéj części zdarł się, zostawiając powierzchnię czerwoną broczącą. Cała przednia powierzchnia klatki piersiowéj, całe prawie plecy i wewnętrzna powierzchnia ud przedstawiają jednę powierzchnię czerwoną broczącą. Wszystkie pęcherze pękając łuszczą się i obnażają powierzchnię skóry, małe tylko pęcherze na szyi i twarzy pozesychały i łuszczą się w strupach nie odsłaniając powierzchni broczących. W dniu 3 marca, po odmoczeniu w letniéj kąpieli poprzysychanych prześcieradeł, usunięto z powodu, iż chory bardzo na zimno się żalił, zawijania w mokre prześcieradła, a polecono posypkę z *Pulv. alum. plum c. Farina.* Boki języka wypociną szarą okryte, na górnéj powierzchni tegoż wrzodzik wielkości siemienia lnianego również szarą wypociną okryty. Połykanie lepsze. Mocz w dniu 3 marca wykazuje ślad białka wyraźnie spostrzegalny.

W nocy z 5—6 marca chory miał się bardzo źle, majaczył, wykonywał ciągłe ruchy rękami, rano nie poznawał otaczających, zwątpiono prawie o nim, po zastósowaniu jednakże ciepłéj kąpieli, przez co znaczna ilość strupów, powstałych z zmięszania się posypki z cieczą spływającą z obnażonéj z przyskórka skóry odpadła, chory zaraz przyszedł do siebie. Miejsca broczące jeszcze tylko na barkach i klatce piersiowéj i te zasypano mączką. Wewnętrznie zaś, ponieważ apetyt już dobry, polecono pigułki z *Protojoduret. Hydrargyri*, a wrzodziki w jamie ustnéj pędzelkowano rozczynem sublimatu 0·20:10 (5 Aq. 5 Spirit.). W dalszym przebiegu stan zdrowia chorego z każdym dniem się poprawia, w tkance podskórnéj powstało kilka drobnych ropni nad powieką oka prawego, pod pachą i na grzbiecie, które po otworzeniu i wypuszczeniu ropy zaraz się goiły. W obydwu powiekach dolnych powstały guzy przedstawiające się jako należycie rozwinięte chalazion, które też w sposób właściwy otwarte szybko się zagoiły. Wrzodziki w jamie ustnéj również zabliźniły się, i pozostały tylko guzki na rękach i przedramionach, które tylko nieznacznie malały, a jeszcze w dniu 16 marca jako blado brunatne plamy się przedstawiają, i wrzód powstały w miejscu drugiego zastrzyknięcia sublimatu. Mocz w dniu tym już ani śladu białka nie zawiera barwy, jasno-wino żółtéj, c. g. 1.009.— Skóra przybrała po zagojeniu miejsc pozbawionych przyskórka ciemno-brunatne wejrzenie od złożonego barwika, tu i owdzie tylko znajdują się bledsze miejsca prawidłowéj skóry. Chory pozostawał daléj w szpitalu zażywając ciągle *Protojoduret. Hydrarg.* aż do dnia 13 kwietnia, w dniu tym znikły i plamy na rękach i chory po otrzymaniu kąpieli miał w dniu 14 szpital opuścić.

Przypadek jednak zatrzymał go w szpitalu jeszcze czas dłuższy, w dniu 14 bowiem dostał dreszczyków, bólu głowy i nóg, gorączka pojawiła się mierna.— Z początku myślałem, iż nowa erupcyja pęcherzy nastąpi, ale wzmagająca się typowo gorączka, kruczenie nad coecum, biegunka, powiększenie śledziony, przekonały mnie, iż mam do czynienia z durem brzusznym, którego chory w szpitalu łatwo mógł się nabawić. Dur przebiegał łagodnie i w dniu 2 maja chory zupełnie zdrów szpital opuścił. Przez cały czas pobytu w szpitalu badałem chorego co dni kilka i uważałem, ażali jaki pęcherz nie wystąpi, atoli od czasu głównéj erupcyi w dniach 23 i 24 lutego aż do dnia 2 maja ani jeden pęcherz na ciele się nie pokazał. Po wypuszczeniu chorego do domu cieszył się tenże zupełném zdrowiem i całe lato spędził na robocie w Królestwie, w jesieni dopiero miałem sposobność go zobaczyć. W dniu 15 listopada bowiem zgłosił się chory znowu do szpitala, a badanie oprócz licznych plam barwikowych po całéj skórze w miejscu dawnych pęcherzy rozrzuconych, wykazało wyraźne kłykciny sączące *(Condylomata lata)* około stolca i owrzodzenia pomiędzy palcami u nóg, oraz owrzodzenia szarą wypociną okryte w kącikach ust. Gruczoły pachwinowe i karkowe miernie powiększone, twarde, niebolesne.

Zastanawiając się nad tym przypadkiem mimowoli nasuwa nam się pytanie, jak nazwać ową chorobę, w któréj taka mnogość pęcherzy wystąpiła, jakoteż czy wystąpienie

tych pęcherzy jest w związku z kiłą, któréj istnienie u naszego chorego jest niewątpliwe, lub téż uważać je za cierpienie osobne? Aby na te pytania odpowiedzieć, musimy najpierw przypomnieć sobie, jakie to choroby skórne cechują się wystąpieniem takich pęcherzy. Otóż do chorób takich należy przedewszystkiém grupa osutek pęcherzykowych (*Dermatoses bullosae*) (Hebra), a w szczególności tak zwana bąblica (*Pemphigus*). Czy nie mieliśmy zatém do czynienia z bąblicą? Za bąblicą zwyczajną (*Pemphigus vulgaris*), która zazwyczaj przebiega chronicznie i bez gorączki, nie przemawia w opisanym przypadku ostry przebieg, gorączka wystąpieniu i przebiegowi towarzysząca i brak powtórnego wystąpienia pęcherzy. Prócz bąblicy zwyczajnéj i bąblicy łuszczącéj (*Pemphigus foliaceus*), która zawsze prawie źle się kończy i dla tego już naszego przypadku pod nazwę tę podciągnąć nie wypada, podano w ostatnich czasach kilka przypadków tak zwanéj bąblicy ostréj (*Pemphigus acutus seu febrilis*), ale cierpienie to, w które wielu jeszcze wątpi, ma występować tylko u dzieci, u dorosłych cierpienia tego nie uważano. Kaposi wspomina wprawdzie w dziele swojém (*die Hautkrankheiten* str. 334) o przypadku Köbnera, ale zaraz dodaje, iż sam podobnego nigdy nie widział i dla tego nic o tém powiedzieć nie może. Także i tak zwana bąblica kiłowa (*Pemphigus syphiliticus*) pojawia się tylko u dzieci z kiłą dziedziczną jako *Pemphigus neonatorum* a i wtenczs pęcherze nie są tak wybitne i tak liczne tak, iż Zeissl (*Grundriss der Pathologie und Therapie der Syphilis* str. 277) uważa tę nazwę za niestósowną i radzi ją zastąpić nazwą *Varicella syphilitica confluens*. U dorosłych występują w przebiegu kiły późnéj na ciele czasem pęcherze w skąpéj ilości, ale te po ustąpieniu zostawiają owrzodzenia i blizny, o wystąpieniu pęcherzy w okresie kiły wczesnéj i ustąpieniu tychże bez pozostawienia blizn, jak to w naszym przypadku miało miejsce, nie słyszałem. Widzimy więc, iż nasz przypadek z żadném z wspomnionych cierpień nie licuje.

Z innych chorób skóry, które przebiegają z wytworzeniem tu i owdzie pęcherzy, zasługuje na uwagę, jak to słusznie w dyskusyi nad moim odczytem w dniu 6 lipca podniósł prymaryjusz Dr. Zarewicz, rumień wielopostaciowy (*Erythema exsudativum multiforme*) i liszaj obrączkowy (*Herpes circinatus*). W naszym przypadku guzki najliczniéj na grzbietach rąk i na przedramionach ustawione, odpowiadałyby usadowieniu rumienia wielopostaciowego, ale wystąpienie pęcherzy w tak znacznéj ilości i wielkości, głównie w miejscach, gdzie guzków nie było, nie zmienianie się wspomnionych guzków całemi tygodniami, cały przebieg, jak pękanie pęcherzy, zmienianie się ich treści w ropną, zdzieranie się przyskórka w wielkich płatach z pozostawieniem powierzchni czerwonéj sączącéj, nie odpowiada przebiegowi rumienia wielopostaciowego ani liszaja obrączkowego, oba bowiem te cierpienia cechują się szybką zmianą guzków plam itd., pęcherze powstające tu i owdzie nigdy prawie nie pękają, treść ich nie zmienia się w ropną i prawie nigdy nie przychodzi do obnażenia powierzchni skóry czerwonéj sączącéj, jak to w naszym przypadku miało miejsce. Jeżeli więc koniecznie trzeba podciągnąć ten przypadek pod nazwę rumienia wielopostaciowego, to zaprawdę bardzo to ciekawy przypadek.

Wystąpienie pęcherzy w naszym przypadku nagłe w kilkanaście godzin po zastrzyknięciu podskórném rozczynu sublimatu nasuwa, jak to słusznie p. prof. Dr. Rosner na posiedzeniu Tow. lek. w dniu 7 grudnia 1881 (kiedy przedstawiałem tego chorego z recydywą kiły) podniósł, myśl, iż wystąpienie to odnieść należy do tegoż wstrzyknięcia i uważać wystąpienie pęcherzy jako *Erythema bullosum medicamentosum*. O możliwości téj sam myślałem, ale w takim razie trudno sobie wytłumaczyć, dla czego po takich samych injekcyjach między 4—12 lutego, kiedy chory z wrzodem stwardniałym w szpitalu się znajdował, mimo 8iu injekcyj żadnéj reakcyi nie uważano. Dla czegoż więc w pierwszym razie po 8miu injekcyjach żadnéj zmiany na skórze nie było a za drugim razem już po pierwszéj taka masa pęcherzy wystąpiła? Zresztą do injekcyj możnaby odnieść tylko ową główną erupcyję, w dniach 23 i 24 lutego, a tymczasem nasz chory już przed injekcyją, bo w dniu 19, tj. w chwili przyjęcia do szpitala, na skórze zaczerwienionéj kilka pęcherzy okazywał.

Nie kusząc się o ostateczne rozwiązanie tego zawiłego przypadku, starałem się opis jego podać jak najwierniéj według zapisków szpitalnych i pozostawiam szan. kolegom bliższe rozsądzenie takowego. Nadmienić tylko muszę, iż będąc przekonany o istnieniu kiły u chorego, skłaniałem się od początku do przyjęcia téj osutki za osutkę na tle kiłowém i dla tego trzymałem się obok miejscowego leczenia i usuwania największych dolegliwości chorego, głównie leczenia przeciwkiłowego, a wyleczenie chorego i łagodna recydywa kiły po 5ciu miesiącach każą mi wierzyć, iż leczeniem mojém choremu ulgę przyniosłem.

II. Fuchsanilinum muriaticum.

Podał **Dr. Paczkowski** w Pelplinie.

W Numerze 68 r. 1879 *Allgemeine medicinische Centralzeitung* umieszczono wiadomość podaną przez M. Bouchuta z Paryża w *Gazette de Hôpitaux* Nr. 8 i 9 r. 1879 i *St. Petersburger med. Wochenschrift* Nr. 36 r. 1879, dotyczącą leczenia przewlekłéj choroby Brighta za pomocą fuksyny. Bezsilny w obec tak niebezpiecznego wroga ludzkości postanowiłem użyć wymienionego środka przy danéj sposobności, która się wnet nadarzyła. Pomocy lekarskiéj szukali równocześnie czterdziestoletnia kobieta i jéj dwunastoletni syn. W obu przypadkach nie można było początku choroby dokładnie oznaczyć, ale pierwsze objawy puchliny spostrzegli chorzy przed pół rokiem. Dzienne dawki 0,20—0,25 w rozczynie lub pigułkach przez kilka tygodni stosowane nie wywołały najmniejszego objawu otrucia a usunęły na zawsze białkomocz. (Od zniknięnia białka upłynął już przeszło rok). W trzecim, już przeszło trzy lata trwającym, przypadku u trzydziestoletniéj kobiety zmniejszyła ta sama dzienna dawka powyższego środka ilość białka, ale nie była w stanie takowy zupełnie usunąć i chorą uleczyć. Wsparty na tém powodzeniu zacząłem używać fuksyny przeciw zapaleniu nerek podczas przebiegu płonicy powstałemu. Dwu lub pięciodniowe używanie takowéj w ilości 0,05—0,25 gramów dziennie wystarczyło do zupełnego usunięcia choroby, przyczém spostrzegłem zwiększenie się ilości moczu w przypadkach, w których niedostatecznie się wydzielał. Nigdy środek ten nie zawiódł w przypadkach na podstawie szkarlatyny powstałych, tak iż oparty na kilkunastu spostrzeżeniach do dalszych doświadczeń w téj chorobie polecić go mogę.

Do polecenia tego tém więcéj czuję się obowiązany, ponieważ, zdaniem mém, pilokarpinu również przeciw puchlinie szkarlatynowéj zalecanego nie wszędzie i nie bez obawy użyć można.

III. Oceny i sprawozdania.

M. Rejchman: **Niestrawność** (*Dyspepsia*). **Pogląd na obecne stanowisko nauki o chorobowych zmianach czynności przewodu pokarmowego, o sposobach powstawania, rozpoznawania i leczenia.** Warszawa. 1882, w 8ce, str. 312.

Czém przed kilkudziesięciu laty była nazwa „suchot płucnych", tém dzisiaj jeszcze jest nazwa „kataru żołądka". Jestto nazwa, którą usiłujemy pokryć nieznajomość tysiącznych zboczeń chorobowych w owym najwięcéj skomplikowanym narządzie, jakim jest narząd trawienia. Dziwić się jednak nie należy, że skoro obecnie niemal do szczytu doskonałości doprowadzono rozpoznawanie chorób płuc i serca; to choroby przewodu pokarmowego, z wyjątkiem niektórych, prawie zupełnie nie bywają rozpoznawane, i nie są nam znane, bo liczne na to składają się przyczyny. Przedewszystkiém fizyjologija nie zdołała jeszcze rozjaśnić wielu zasadniczych kwestyj co do prawidłowych czynności w narządzie trawienia, następnie przy badaniu kliniczném zboczeń w przewodzie pokarmowym napotyka się trudności, które nie dają się przełamać, a w końcu anatomija patologiczna zwykle nie daje nam podstawy do tłumaczenia zjawisk za życia dostrzeganych. Przy sekcyi najczęściéj w rozmaitych postaciach chorobowych napotyka się zboczenie w błonie śluzowéj, zapalenie nieżytowe i ztąd to zapewne powstało, że niemal wszystkie zboczenia w procesie trawienia za życia napotykane określono nazwą „kataru".

O zboczeniach czynnościowych przewodu pokarmowego w dotychczasowéj literaturze znajdujemy zaledwie wzmianki lub opracowania małych cząstek tego przedmiotu, a w podręcznikach lekarskich zbywano tę sprawę kilku ogólnikami. Dopiero M. Rejchman, lekarz z Warszawy, obdarza nas dziełem zajmującém się wyłącznie tylko zboczeniami czynnościowemi w narządzie trawienia, które, o ile to jest możebném, opracował sumiennie na podstawie studyjów fizyjologicznych, a zakreślił je na szeroką skalę.

Po przeczytaniu téj książki pozostaje wrażenie, że w naszym umyśle wytworzył się nowy a bardzo rozległy pogląd na zboczenia chorobowe w przewodzie pokarmowym, ale cały ten pogląd jest jakby mgłą osnuty, gdyż milijona szczegółów dzisiaj się tylko domyślać możemy, a zbadać je koniecznie potrzeba. Wprawdzie już poczyniono w różnych tych kierunkach spostrzeżenia kliniczne, ale są to tylko rozprószone jednostki, które w owéj olbrzymiéj całości, jaką nam autor zakreślił, mogą służyć za wskazówkę do dalszego badania, ale nie mogą być uważane za fakta kliniczne. Ztądto pochodzi, że liczne możnaby poczynić autorowi zarzuty, ale żaden z nich nie może się odnosić wprost do saméj pracy, gdyż ta jest aż nadto sumiennie wykończoną: lecz ujemne te strony w tém mają swe źródło, iż dążenia autora sięgły daléj, niż na to pozwalały fakta należycie skrytykowane i setkami doświadczeń udowodnione. To jednak tym razem nie jest wadą, ale zaletą téj książki: bo autor opracowuje przedmiot całkiem nowy, z rozprószonych szczegółów patologicznych, a na podstawie dotychczasowych zdobyczy fizyjologicznych układa jednolitą a piękną całość, nie wysnuwa zbyt daleko sięgających hipotez, ale wskazuje nam kierunki, w których daléj badać należy, i które lekarz przy śledzeniu zboczeń chorobowych w procesie trawienia ciągle powinien mieć na oku.

Dla tego to, owe niedostatki, jakie spostrzegamy w téj książce, (jak np. niestosunkowo obszerne opracowanie rozdziałów teoretycznych do rozdziałów klinicznych (praktycznych), nie zawsze dość silne opieranie się na faktach patologicznych i wiele tym podobnych), nie pochodzą z winy autora: pokonać on ich nie mógł, bo nie pozwalał mu na to cały stan obecnéj nauki, a pragnął swém dziełem zapełnić tę dotkliwie uczuwaną lukę w poznawaniu zboczeń chorobowych, tak często napotykanych w praktyce lekarskiéj. I tém wielce zasłużył się nauce, a jeszcze więcéj wykonawstwu lekarskiemu, gdyż swą książką położył kamień węgielny do nowego a bardzo rozległego działu nauki: „o zboczeniach czynnościowych w narządzie trawienia".

Polecając wszystkim lekarzom omawianą książkę jako bardzo pożyteczną a napisaną jasno i dobrą polszczyzną (prócz małych usterków, jak: wypadek zamiast przypadek, utożsamiać, białko od jajka itp.) winienem wyjaśnić, iż pod wyraz „niestrawność" podsuwa autor daleko obszerniejsze pojęcie, niżby można przypuszczać. Tą nazwą obejmuje „nie tylko zbiór objawów wynikłych z zaburzeń sprawy chemicznéj trawienia, lecz i zbiór wielu innych objawów mających swe siedlisko w przewodzie pokarmowym i zależnych od zmian anatomicznych znanych i nieznanych" czyli wszystkie zboczenia czynnościowe w procesie trawienia.

Dr. Skórczewski.

Zukerkandl: **Przyczynek do patologii jamy nosowéj.**

Do najczęstszych i najbardziéj zaniedbywanych chorób należą bez wątpienia choroby „lżejsze" jamy nosowéj. Najmniéj o nich wiemy, choć nas najczęściéj nagabywają; jakie jednak piękne wyniki otrzymać można pracując w kierunku tak mało powabnym, widać z prac Zukerkandla nad jamą nosową (pod powyższym tytułem), z któremi zapoznać szersze koła czytelników mamy sobie za obowiązek.

Ze zmian zapalnych błony śluzowéj jamy nosowéj najwięcéj zwracają na siebie uwagę zapalenie nieżytowe i ropne, z których pierwsze przejść może w postać ropną, gdy wydzielina więcéj śluzowa przybierze cechę ropy. Zmiany pośmiertne odpowiadają zwykłemu obrazowi, jaki przedstawia nieżyt błony śluzowéj. Na szczególniejszą uwagę zasługuje obrzęk błony śluzowéj małżowiny dolnéj, w utkanie jamiste pęczniejące opatrzonéj. W ropném zapaleniu *(Rhinitis supp.)* błona śluzowa sino czerwona, w początkach nawet sucha, dopiero późniéj pokrywa się wypociną gęstawą, ropną, gromadzącą się przeważnie w rowkach. Skutkiem zagęszczenia ropy gromadzą się grudki suche, silnie do małżowin przylegające, ważne ze względu na tworzenie się „rinolitów". Błona śluzowa bywa przytém obrzękłą i rozpulchnioną, przyczém wyjątkowo przyjść może do wytworzenia się ropnia w utkaniu téjże. Obie postacie zapalenia nosa *(Rhinitis)* dotyczą zazwyczaj błony śluzowéj nosa w całéj rozciągłości, silniéj zmienioną jednak bywa część „oddechowa" niż „węchowa" *(fissura olfactoria)*. U noworodków ropna *Rhinitis* jest częstą, jak to wykazują sekcyje. Niebezpieczeństwo tego cierpienia jest nader wielkiém, gdyż wązkość jam nosowych, szybko stających się niedrożnemi, utrudnia w wysokim stopniu oddech, a nawet i odżywianie.

Zmiany błonicowe jako takie, opisane przez Z. w jednym przypadku, nie przedstawiają się w postaci typowéj. Mówi o grubéj błoniastéj wypocinie, którą mógł całkowicie zdjąć, a błona śluzowa miejscami krwią była podbiegniętą. Że błonica w istocie zajmuje jamy nosowe, jest rzeczą od dawna powszechnie znaną i to w téjże saméj postaci jak w gardle, w obec tego dziwnym wydaje się powyższy opis „błonicy“ (*Diphtheritis*).

Następstwa „zapalenia nosa“ przedstawiają się różnie. Najczęściéj rozwija się przerost błony śluzowéj, polipy, zanik małżowin lub téż rozrost kostny (*Hyperostosis*). Zgrubienie błony śluzowéj w częściach przybrzeżnych sprowadza, skutkiem przylgnięcia małżowiny do przegrody nosowéj zupełne zamknięcie przestworu węchowego (*fissura olfactoria*), ztąd to owa utrata lub upośledzenie powonienia w długotrwałym „katarze nosa“.

Rozszerzenie sprawy chorobowéj na gardziel sprowadza obrzęk „migdałka gardzielowego“ (*Pharynx-tonsille*) z zamknięciem przewodu Eustachiusza i wrastaniem w choany. Często powtarzające się obrzęki tego gruczołu stoją w związku przyczynowym z torbielami (*Cysten der Rachentonsille*), dość często napotykanemi.

Zmiany przerostowe i polipowate (uklejowate) błony śluzowéj jam nosa grupuje Z. w następujący poczet:

1. Przerost błony śluzowéj nosa.
2. Polipy właściwe, z szeroką lub wązką szypułką.
3. Wybujałości drobne brodawkowate lub większe wzgórkowate na zewnętrznéj ścianie nosa i brzegach (*Hiatus semilunaris*).
4. Polipowate wybujałości na małżowinach i na przegrodzie.
5. Brodawczaki (*Papillomata*).

Budowa drobnowidowa poszczególnych tworów powyższych znaczne wykazuje różnice. Co do polipów nosowych nie podaje Z. nic więcéj nad to, co znaném jest z prac Billrotha. Wybujałości zaś brodawkowate i pagórkowate odpowiadają przerostowi jednostajnemu błony śluzowéj. Guzki te składają się przeważnie z gruczołów z rozszerzonemi mieszkami, ztąd powierzchnia ich zasłana licznemi otworkami (ujścia rozszerzonych przewodów). Wybujałości polipowate na tylnych końcach małżowin wykazują prócz błony śluzowéj przerosłéj znaczną ilość naczyń krwionośnych.

Statystyczny szczegół, który może niejednego zadziwi, że co dziewiąty trup wykazywał zmiany nowotworowe błony śluzowéj nosa, oparty jest na licznych spostrzeżeniach. Co do usadowienia się polipów wykazuje Z., na podstawie anatomicznych studyjów, mylność zdań takich powag, jak Petrequin i Voltolini. Polipy nosowe nie powstają zazwyczaj z górnéj ściany jamy nosowéj, łecz w przeważnéj ilości biorą początek z małżowin kości sitowéj i tworów kanału nosowego środkowego „a polip górnéj ściany nosa na 300 sekcyj się nie wydarzył“.

Ucisk jaki wywierają nowotwory jamy nosowéj na sąsiedztwo, najwcześniej uwidocznia się na małżowinie środkowéj; cieńczeje ona, staje się prawie papierową, a błona śluzowa zanika. Upośledza to w wysokim stopniu powonienie, gdyż zmiana chorobowa dotyczy zakresu rozpostarcia nerwu węchowego. Guzy większe wciskają się pomiędzy małżowinę dolną a przegrodę, przypłaszczają takową i sprowadzają zazwyczaj przerost błony śluzowéj, a nie zanik małżowiny.

Prócz zaniku wywołanego skutkiem nacisku nowotworu można stwierdzić nieraz zanik małżowin, niezależny od wpływów zewnętrznych, zanik samoistny (*genuine Atrophie*). Zajmuje on zwykle dolną lub średnią małżowinę, która nieraz do takiego stopnia zaniknąć może, że widać zaledwie listewkę błony śluzowéj a wśród niéj czasem drobną okruszynę kostną jako resztkę małżowiny. Błona śluzowa pomarszczona zanikła przypomina raczéj błonę surowiczą.

Zanik małżowiny wpływa oczywiście i na kształt jamy nosowéj, która staje się obszerniejszą, co znów ułatwia i w ogóle czyni możebném dokładne obejrzenie wnętrza jamy, a nawet i kości klinowéj wraz z otworkami (*For. sphenoidalia*). Najważniejsze następstwo wszelako, jakie sprowadzić może zanikła środkowa małżowina, dotyczy zmysłu powonienia, utrata zupełna nie należy do rzadkości.

Ważność przedmiotu usprawiedliwi, że nieco dłużéj nad nim się zastanowimy. Co do etyjologii zaniku małżowiny twierdzą klinicyści (Voltolini, Zaufal, Michel i B. Fränkel), że zazwyczaj „ozaena“ bywa przyczyną tegoż, nadto Zaufal przypuszcza także wrodzony brak dolnéj małżowiny lub téż niedokładny rozwój takowéj. Na 252 czaszek młodych indywiduów nie udało się Z. ani razu wykazać braku tego, z czego wynika mylność twierdzenia Zaufala. Nie można również odnieść zaniku do zmian starczych, gdyż mamy tu do czynienia przeważnie z osobami młodemi. Zuckerkandl tedy stanowczo przeczy istnieniu wrodzonego braku małżowin i twierdzi, wespół z innymi autorami, że małżowiny ulegają zniszczeniu. Zanik małżowiny jest wynikiem silnego ropnego nieżytu przewłocznego (*Nasenblennorrhoë*), zwanego także ozaena; nazwa niewłaściwa, gdyż wymienia tylko jeden objaw.

Na uwagę zasługuje i to, że ozena w istocie zdaje się być w związku z powiększeniem rozmiarów jamy nosowéj. Gdy bowiem czy to skutkiem wrodzonego braku lub téż zniszczenia małżowin jama nosowa stała się zbyt obszerną, wtedy rozwija się zastój i rozkład wydzieliny. Fränkel jeszcze ściśléj określa sprawę tę twierdząc, że ozaena *simplex* jest następstwem ropnego, zanik sprowadzającego nieżytu; anatomicznie zaś stwierdził Zuckerkandl stanowczo, że okres przerostowy błony śluzowéj powoli przechodzi w zanik.

Wyniki Zuckerkandla co do pytania w mowie będącego dają się streścić w ten sposób:

a) w niektórych przypadkach wynik poszukiwań był ujemny; prócz zaniku małżowin nie można było nic innego wykazać;

b) w niektórych przypadkach prócz tego była jeszcze tylko błona śluzowa zmienioną;

c) w innych przypadkach były obok zanikłych małżowin jeszcze zajęte i jamy boczne (*sinus sphenoidalis, maxillaris*).

Ozaena simplex, zdaniem Z., jest tedy nieżytem przewłocznym błony śluzowéj nosa z przerostem téjże, który w następstwie ustępuje miejsca zanikowi nietylko błony śluzowéj lecz i małżowiny. Zanik ten modyfikuje w znacznym stopniu ilość i jakość wydzieliny, a rozszerzona, skutkiem zaniku małżowin, jama nosowa wywołuje zastoinę i rozkład wydzieliny, co znów sprowadzając przykry cuch, najbardziéj uderzający objaw, było powodem niewłaściwéj nazwy téj choroby. (*Wiener med. Blätter* styczeń 1882 i Rozprawa Zuckerkandla pod pow. napisem). *Dr. Pisek.*

O ptomainach.

II. Prace Brouardela i Boutmyego.
(Dokończenie. Patrz Nr. 7).

Tyle o pracach Brouardela i Boutmyego. Posunęły one znacznie naprzód ważną kwestyję ptomainów. Wskazały drogę, którą należy postępować chcąc się dowiedzieć, w jaki sposób ptomainy powstają w ciele zwierzęcém, poruszyły ważne pytanie, czy ptomainy mogą się tworzyć już za życia ustroju w pewnych sprzyjających warunkach, patologicznych. Pytanie to ostatnie jest niezmiernéj wagi. Od rozstrzygnięcia tegoż zależeć może będzie wyjaśnienie niejednéj ciemnéj zagadki w patologii chorób zakaźnych. Pod względem praktycznym prace Brouardela i Boutmyego mają doniosłe znaczenie w chemii sądowéj. Wskazały one różnice, jakie zachodzą między alkaloidami roślinnemi a ptomainami, i podały sposób łatwego ich odróżnienia.

Prace, z których staraliśmy się zebrać najważniejsze spostrzeżenia, ogłosili obaj autorowie w *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* (1880, II, p. 344. 1881, I, p. 497. 1881, II, p. 9).

III.

Sprawa ptomainów w Niemczech była może już dawniéj poruszoną, niż we Włoszech. Wprawdzie kwestyję tę traktowano bardzo po macoszemu. Ogólnie umysły zajmujące teoryje zakażenia, teoryje fermentacyjne i teoryję grzybków i bakteryj nie pozwalały zwrócić większéj uwagi na ciała powstające śród gnicia istot białkowatych. Otrucia wywołane zjedzeniem nieświeżych ryb, zepsutego sera lub mięsa, otrucia grzybami i kiełbasami, tłumaczono najczęściéj modnemi bakteryjami i grzybkami. Naturalném jest więc, że przy takim stanie umysłów prace Panuma (od r. 1855 do 1874), traktujące najprzód o powstawaniu istót trujących, przy gniciu ciał białkowatych, przeszły prawie niepostrzeżone. Tu i owdzie znajdujemy w literaturze prace, starające się daléj posunąć zapatrywanie i odkrycie Panuma. I tak w r. 1866 spotykamy się z pracami w tym kierunku ogłoszonemi przez Hemmera, Schwenningera, w r. 1867 Muellera, Schenitza, Weidenbauma, 1868 Fischera, Bergmanna i Schmiedeberga. Bergmann otrzymał z ciał białkowatych, gniciu ulegających, istotę krystaliczną, alkalicznie oddziaływającą, którą nazwał sepsyną. Ciało takie otrzymał i Schmiedeberg w Strasburgu. Przekonał się on, że ciało to jest we wodzie rozpuszczalne, z roztworu wodnego strąca się kwasem garbnikowym, że się w wyskoku nie rozpuszcza i że jest bardzo trującém. 1—4 centigramów sprowadzały u psów śmierć pośród drgawek i znacznego rozszerzenia źrenicy. Spostrzeżenia te stwierdzili w r. 1869 Petersen i A. Schmidt. W tymże roku Sonnenschein i Zuelzer otrzymali z preparatów anatomicznych macerowanych alkaloid, zbliżający się bardzo oddziaływaniem fizyjologiczném do atropinu. Rozszerzał on bardzo wybitnie źrenicę. Husemann robił doświadczenia z wyciągami przyrządzonemi przez Lombrosę z gnijącéj kukurydzy. Znalazł on, że wyciągi te działały trująco na zwierzęta, wywołując tężec. Działanie ich było podobne do ciał, jakie Aeby i Schwarzenbach otrzymali z części trupa w słynnym procesie Truempyego. Ranke zwraca uwagę w ostatniéj swéj pracy o zachowaniu się strychninu w gnijących trupach na pomyłkę, jaka może powstać przy próbach fizyjologicznych na żabach, skutkiem tworzenia się ptomainów.

Co do ciał powstających w psującéj się kukurydzy, to Lombroso uważa je za alkaloidy. W czasie mocnych upałów lipcowych we Włoszech, powstają często endemicznie choroby zwane Pelagrą i Akrodynią. Oprócz wybitnych objawów ze strony narządu nerwowego występują tutaj różne zmiany odżywcze na skórze już to pod postacią rumienia lub innéj osutki (*Eulenburg. Handbuch der Nervenkrankheiten*, I, S. 328). Lombroso przypisuje więc choroby te zatruciu alkaloidami, powstającemi śród psucia się kukurydzy. Alkaloid ten mieli późniéj otrzymać Brugnatelli i Pellogio i nazwali go pellagroceinem.

Objawy chorobowe podobne jak we Włoszech po zjedzeniu psującéj się kukurydzy, powstają u nas po spożyciu nieświeżych ryb, mięsa, psującego się sera, jaj, grzybów itp. Uważano często różne wysypki po zjedzeniu niezbyt świeżych ryb. Po zjedzeniu nieświeżego mięsa widziano zatrucia przebiegające pośród objawów gwałtownego duru. Nawet zmiany anatomiczne w przewodzie pokarmowym bardzo były podobne do zmian takich, wywołanych tyfusem. W Andelfingen w Szwajcaryi widziano objawy, zupełnie odpowiadające tyfusowi u osób, które się struły nieświeżém mięsem cielęcém. W Heiligenstadt widziano to samo u kilkunastu dzieci, które jadły ser zepsuty. Sekcyja na zmarłych dzieciach wykazała zmiany jak po tyfusie. Podobne przypadki obserwowano także w kilku innych miejscach we Francyi i Alzacyi. Do otruć tych należy także zaliczyć tak częste w Würtembergii i Badenie otrucie kiełbasami. Falck tłumaczy częstość tych otruć sposobem właściwym przyrządzania kiełbas w tych krajach. Mięso surowe i wędzone mięszają z krwią, wątrobą, mózgiem, mlekiem, bułką itd., napychają tą mięszaniną kiszkę i dość powierzchownie wędzą. Otrucia te wszystkie tłumaczą najczęściéj grzybkami. O wiele więcéj prawdopodobieństwa ma za sobą tłumaczenie ich przez powstawanie ptomainów. Jak na teraz na poparcie tego twierdzenia można tylko podać działanie niektórych ptomainów, wywołujących wszystkie objawy *gastroenteritis*, jakoteż doświadczenia Zuelzera, któremu udało się z ciał tych otrzymać ptomainy, działające trująco. *Dr. Kopff.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) **Przypadek zatrucia rezorcynem** spostrzegał Dr. Murell u 19-letniéj choréj, cierpiącéj na napady nerwowéj astmy. Pacyjentka znosiła dobrze dawki 2,5—7,5; gdy jednak podano jéj 10,0 w czasie nader silnego napadu, chora doznała zawrotu głowy, uczucia kłucia po całém ciele, następnie przez 10 minut była nieprzytomną, pociła się, była bladą, ciepłota spadła do 35°. Użyto pompy żołądkowéj; po upływie 2ch godzin chora przyszła do zdrowia. (*Medic. Times a. Gaz.* 1881, paźdz.).

(A. K.) Cztery jądra w dwóch prawidłowéj budowy workach spostrzegał Dr. Cebeira u żołnierza chorego na kiłę.

(F. M.) **Wymioty niepowściągłe ciężarnych** według prof. Brauna nie są wskazaniem do sztucznego porodu, ponieważ poród przedwczesny kończy się bardzo często śmiercią matki, podczas gdy w skutek wymiotów nigdy prawie ciężarne nie umierają. W jednym przypadku uporczywych wymiotów, w pierwszéj połowie ciąży, skutkiem czego znaczne wychudnienie, polecił Braun 5-minutową kąpiel części pochwowéj w 10% roztworze azotanu srebrowego, następnie dokładne obsuszenie części zwilżonych, aby uniknąć silniejszego nadżarcia. Skutek był tak dobry, że chora już w godzinę potém była w stanie zjeść kotlet

i od tej pory wymioty już nie powróciły. *(All. Wien. med. Ztg.* 1882, Nr. 5).

(A. K.) **Sposób konserwowania mleka przez długi czas** podał Biedert: w listopadzie r. z. pokazał autor na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy strasburskich mleko wydojone przed pół rokiem; B. zaleca ażeby mleko świeże lub też wyparowane przez nagrzewanie przy mniej wysokiej ciepłocie wystawić na działanie wodnej łaźni przy 100°C. w ciągu 2ch godzin w naczyniu hermetycznie zamkniętem (zalutowanych blaszankach lub butelkach). B. nie zauważał żadnej zmiany w stanie fizycznym i chemicznym sernika przy ogrzewaniu mleka. Prof. Salkowski stwierdził w Towarz. lekarzy berlińskich, że sposób Beckera konserwowania mleka przez 2-godzinne ogrzewanie go przy 50—70° w naczyniach hermetycznie zamkniętych, jest doskonałym, co stwierdza prof. Senator; natomiast Ewald (również i Biedert) są przekonani, że zarodki w mleku ogrzewanem sposobem Beckera nie giną. *(Berliner klin. Wochenschr.*, styczeń 1882 r.

IV. Cause célèbre wiedeńska.

D. 3 kwietnia 1878 zrana znaleziono we Wiedniu prostytutkę Katarzynę Balogh nieżywą w pomieszkaniu przy ulicy Karynckiej, leżącą na podłodze, z oznakami dławienia na szyi. W bezpośredniem sąsiedztwie mieszkała druga prostytutka Katarzyna Steiner, która razem z kilkoma innemi kobietami obwinioną została o morderstwo na Baloghównej popełnione, a przeciw głównie obwinionej przemawiała okoliczność, że podobno ze zmarłą żyła w niezgodzie. Obwiniona nie tylko do czynu nie przyznawała się, ale przeciwnie do ostatniej chwili zapewniała, że jest niewinną zbrodni i przypuszczała, że Baloghowna umarła z otrucia. Według jej podania B. w wiliję śmierci powróciła do domu razem z młodzieńcem lat 17—19 liczyć mogącym, który noc u niej przepędził, a nad ranem zjawiła się B. we wspólnym przedpokoju, prosząc o kawę dla siebie i gościa, dodając, że zarobiła 10 zła.; niedługo potem obwiniona słyszała krzyk, ale nie zwróciła nań uwagi. Sekcyja, uskuteczniona przez prof. Hofmanna, wykazała znamiona dławienia i zmiany towarzyszące uduszeniu; ani w pomieszkaniu zmarłej, ani przy sekcyi woń charakterystyczna czuć się nie dawała, nie było więc powodu i podstawy do dochodzenia chemicznego, pomimo tłumaczenia się obwinionej i pomimo, że obok trupa znaleziono szklankę, w której jednak znajdowało się tylko nieco czystej wody.

Śledztwo sprawdziło po części podane przez kobiety obwinione okoliczności, a mianowicie, że w rzeczy samej Baloghówna w wiliję śmierci wieczorem powróciła do domu w towarzystwie młodzieńca, który miał przez noc u niej pozostać; nie zdołało jednak wykryć, czy młody ten człowiek pozostał do rana, a tem mniej wykazać związek, jakiby mógł zachodzić pomiędzy jego pobytem u prostytutki a morderstwem na ostatniej popełnionem przez zadławienie, co gorsza osoba tego młodzieńca zeszła wnet na drugi plan i stała się mglistą, jak owe wątpliwe postacie nieznajome, które prawie w każdym przypadku skrytobójstwa obwinieni mają na swe zawołanie, a to skutkiem tego, że w toku dochodzenia wystąpiła na jaw druga, również wątpliwa postać żołnierza, a wkrótce trzecia, o wiele ciekawsza i prawdziwsza niestety postać mężczyzny, którego wprawdzie nie można było wykryć, ale którego liczne prostytutki wiedeńskie zgodnie opisywały jako człowieka znanego sobie pod uszczypliwą nazwą „Hendlmann," a przydomek ten pochodził ztąd, że jegomość ten miał zwyczaj pobudzania swego popędu płciowego przez męczenie i zabijanie drobiu; (fakt ten przewrotnego objawiania się popędu płciowego na widok męczonych zwierząt a nawet na widok mięsa świeżego w jatkach rzeźniczych stwierdzają Hofmann i Lombroso). Pomimo uporczywego wypierania się wszelkiej winy ze strony głównie obżałowanej Steinerównej przysięgli 8 głosami uznali ją winną morderstwa, 3 uznało ją winną, jednak z dodatkiem: „bez zamiaru wywołania śmierci, lecz w innym nieprzyjaznym zamiarze," a tylko jeden głos oświadczył się za niewinnością. Werdykt przysięgłych zrobił w swoim czasie ogromne wrażenie; słynny obrońca Dr. Neuda wyrzekł pamiętne słowa: „Tymczasem korzę się przed wyrokiem przysięgłych, ale mam nadzieję, że sprawa jeszcze nie jest załatwioną i liczę jeszcze na sprawiedliwość wyższą." Sama skazana po ogłoszeniu wyroku śmierci jeszcze raz zapewniła, że jest niewinną i że nie znalazła sprawiedliwości, której się spodziewała. Obrońca zgłosił nieważność i odwołał się do Sądu kasacyjnego, i tu zaszedł przypadek niebywały w analach sądownictwa: instancyja najwyższa uznała Steinerównę winną zabójstwa i skazał ją na 6 lat ciężkiego więzienia! Wyrok ten uległ silnej krytyce prawniczej,—bo należało przypuścić, że Steinerówna jest winną albo niewinną, a w obec śmierci przez zadławienie o zabójstwie mowy być nie mogło. Nareszcie zapomniano o sprawie, skazana przewiezioną została do więzienia w Mezeryczu na Morawie,—nazwisko jej przypomniało się publiczności przed kilkunastu dniami przy sposobności skazania w tymże samym Sądzie matki jej i siostry za zbrodnię oszustwa. Miałżeby ten przypadek, skazanie matki i siostry, zajęcie się rodem Steinerów, przyczynić się do wykazania mylności wyroku przed 4 laty zapadłego? Zdaje się, że tak było.

Kilka dni zaledwie upłynęło, gdy w mieście Znaimie na Morawie 20-letni szeregowiec pohulawszy sobie na ślizgawce późnym wieczorem wraca do koszar, zgłasza się do przełożonego i oświadcza mu, że on jest mordercą Baloghównej. Z przesłuchania jego dotychczasowego wynika, że młodzieniec ten, Ferdynand Waschauer, syn prokuratora w Znaimie uczęszczał do szkół realnych, tamże pracował głównie w chemii, lecz z powodu częstych napadów obłąkania nie mógł podołać wymaganiom, a gdy w d. 21 marca 1878 wykazany został, porzucił szkołę; wkrótce potem bez wiedzy rodziców udał się do Wiednia, zabrawszy ze sobą kw. pruski, który sam sobie sporządził, celem otrucia się zdala od rodziców. We Wiedniu stojąc przed sklepem zwabiony został przez Baloghównę i rzeczywiście udał się z nią do jej pomieszkania i u niej noc całą przepędził. Nad ranem zażądał kawy, a pod chwilową nieobecność Baloghównej wlał do szklanki kw. pruski, lecz z powodu przykrej woni nie był w stanie pić mięszaniny, tymczasem Baloghówna powróciła i sądząc, że to jej kawa, szybko takową wypiła, poczem zaraz upadła, charcząc i bijąc koło siebie rękami; bojąc się, aby z powodu łoskotu ktoś nie nadszedł, dopadł leżącej i dławił ją ręką, celem uspokojenia ofiary. Wkrótce potem położywszy na stole 10 złr. wyszedł. Słyszał później o rozprawie wytoczonej przeciw Steinerównej, ale o skazaniu jej miał nie wiedzieć(?); obecnie dręczony wyrzutami przyznaje się do winy.

Zrazu cała ta opowieść czyniła wrażenie urojenia, — ale zeznania Waschauera znalazły w faktach silne poparcie. Otóż sprawdzono, że Waschauer w dniu, kiedy zbrodnia po-

pełnioną została, rzeczywiście znajdował się we Wiedniu. Z listu gończego, wydanego w pierwszych dniach kwietnia 1878 r. przez magistrat w Znaimie, wynika, że W. d. 1 kwietnia wydalił się z domu rodzicielskiego zabrawszy ojcu 40 zła.; magistrat podaje opis osoby 16-letniego młodzieńca, który ma cierpieć obłąd prześladowczy, przypuszczając, że się wałęsa bez celu i wzywa władze o przytrzymanie i odstawienie do Znaimu. W istocie w kilka dni potém przytrzymano Waschauera we Wiedniu i odstawiono do domu, zkąd znów w kilka tygodni potém uciekł i znów przez władze odstawiony został. Wreszcie wstąpił do wojska, ale i tu miał zdradzać objawy przemijającego obłąkania. Podanie jego o zapłaceniu Baloghównéj 10 złr. zgadza się z prawdą o tyle, że u zmarłéj kwotę tę znaleziono; również licuje z wynikiem śledztwa podanie o kawie, a szklankę nawet u stóp zmarłéj napotkano, a wreszcie już świadkowie a nawet organa policyjne w swoim czasie przypuszczały, iż sprawcą morderstwa może być młodzieniec, którego wiek i opis zgadza się z osobą samoobwiniającego się. Nic więc dziwnego, że Sąd wiedeński zażądał odstawienia Waschauera do Wiednia, co też nastąpiło.

Tym sposobem słusznie miał obrońca, że sprawy Steinerównéj jeszcze ostatecznie nie uważa za załatwioną, albowiem rozpocznie się niebawem nowe śledztwo. Tyle co do historyi przypadku, który zajmuje obecnie umysły wiedeńczyków; rozpisaliśmy się nad nią z powodu, że przypadek ten pod wieloma względami zasługuje i na uwagę lekarzy, zwłaszcza sądowych.

Wiadomą jest rzeczą, że samooskarżający się nie zawsze powodują się prawdą, mniejsza na teraz o przyczyny, które ich do tego skłaniają. W obec wznowić się mającego śledztwa potrzeba więc będzie przedewszystkiém dostarczyć dowodu, że zeznanie Waschauera zgadza się z prawdą. Za nią przemawiają już teraz okoliczności wyżéj wspomnione, ale i przeciw niéj niemniéj ważne przemawiają względy. Pomijamy względy prawnicze i podniesiemy tylko lekarskie. Waschauer jako młodzieniec 16-letni, przebywszy poprzednio jakieś napady obłąkania i podobno z tego powodu nie postąpiwszy w szkole odpowiednio, skończył karyjerę swoją na 5téj klasie realnéj, a mimo to słyszymy, że się poświęcał chemii! Czyż podobna przypuścić, aby młodzieniec taki zdołał sam sporządzić sobie kwas pruski? Bo choćby posiadał żółty żelasinek potasu i kwas siarkowy, czy mógł się zdobyć na wszystkie ostrożności, aby pokryjomu bez narażenia własnego życia otrzymać tę królowę trucizn? Ale mniejsza o to. Celem odebrania sobie życia ucieka z domu zabierając ojcu pieniądze i zamiast wypić truciznę, udaje się do Wiednia, przygląda się ciekawie wystawom i daje się zwabić nierządnicy, z którą noc całą przepędza a dopiero zrana żąda kawy, celem otrucia się. Wtedy dopiero dowiaduje się, że kw. pruski ma woń przykrą i nie pije kawy, choć umyślnie pojechał do Wiednia, aby zdala od rodziców odebrać sobie życie; a spostrzegłszy, że dziewczyna szklankę wychyliła, (co znów nie jest wiarogodném, bo tak się przecież kawy nie pija), i że w skutek tego upadła, nie wie znów biegły chemik, że po kw. pruskim następuje śmierć nader szybka, i rzuca się na konającą dławiąc ją, aby nie zwrócić uwagi sąsiedztwa. Być więc może, że Waschauer nie posiadał zgęszczonego kw. pruskiego, lecz jakiś preparat, mieszczący w sobie kw. pruski, jak np. olejek migdałów gorzkich; że otrucia s i n k i e m p o t a s u nie było, nie ulega wątpliwości, jak to późniéj wspomnimy. Wreszcie nie tylko objawy, które Waschauer opisuje, nie przemawiają za otruciem za pomocą kw. pruskiego, ale co ważniejsza, przy sekcyi nic tego otrucia nie wskazywało. Są to więc okoliczności podające w wątpliwość twierdzenia oskarżającego się.

Inném jest pytanie, czy w ogóle zeznania Waschauera mogą mieć znaczenie prawne. Nie tylko obecnie, gdy występuje z tak brzemienném oskarżeniem na własną swą szkodę, opinija publiczna powątpiewa o zdrowiu jego umysłowém, ale co ważniejsza, już w r. 1878, gdy zbrodnia jeszcze nie była popełniona na Baloghównéj, magistrat znaimski uznał 16-letniego ucznia jako włóczęgę, cierpiącego na urojenie prześladowcze, a zachowanie się jego po mimowolnym powrocie z wyprawy wiedeńskiéj utwierdzało znajomych i krewnych w przekonaniu o jego zboczeniu umysłowém. Pierwszém więc zadaniem śledztwa ponownego być musi gruntowne zbadanie stanu umysłowego Waschauera, celem nabrania pewności, czy na jego zeznaniach w ogóle polegać można, oraz czy obwiniającego się można pociągnąć do odpowiedzialności.

Przypuściwszy, że Waschauer okaże się zdrowym na umyśle, zajdzie pytanie arcyważne, czy mimo to będzie mógł być skazanym. Pomijając okoliczność, że czyn, o który się oskarża, miał popełnić w 16 roku życia, to nasuwa się znów wątpliwość, czy, choć obecnie zdrów na umyśle, nie znajdował się wówczas w stanie choroby umysłowéj lub przynajmniéj czy nie działał pod wpływem przemijającego zboczenia umysłowego. A jeżeli i ta wątpliwość na niekorzyść jego usuniętą zostanie, wtedy dopiero—*the last but not the least*— powstanie kwestyja, czy i jakiéj dopuścił się zbrodni? Według jego podania otrucie Baloghównéj było przypadkowém,— Waschauer nie dopuścił się więc skrytobójstwa przez podanie trucizny,—jednak w ostatniéj chwili, śród konania, miał dławić dziewczynę i stać się mordercą. Mielibyśmy tu więc rzadką nader kombinacyję dwóch szkodliwości, z których każda sama przez się aż nadto była dostateczną do wywołania śmierci szybkiej: otrucia kwasem pruskim i zadławienia, czyli mamy to, co medycyna sądowa nazywa k o n k u r e n c y j ą d w ó c h p r z y c z y n ś m i e r c i. Jeżeli w każdym przypadku takiéj konkurencyi zadaniem jest lekarza sądowego w miarę możności oświadczyć się, która z dwóch przyczyn ostatecznie śmierć wywołała, to zadanie to będzie tém ważniejszém w przypadku obecnym; rzeczą bowiem jest jasną, że jeżeli Baloghówna umarła z otrucia, to śmierć jéj była następstwem smutnego przypadku; jeżeli zaś umarła z zadławienia, to została zamordowaną. W pierwszym razie samoobwiniającemu się mogłaby co najwięcéj być poczytaną nieostrożność w obejściu się przedmiotem trującym, w ostatnim musiałby być skazany za morderstwo.

Doszliśmy tym sposobem do węzła gordyjskiego całéj sprawy, do węzła, któremu już nawet i miecz nie podoła, a to z powodu, że ten węzeł dawno już jest przecięty. Przecięciem węzła była sekcyja sądowa, która się odbyła d. 5 kwietnia 1878 r. na zwłokach Baloghównéj, a wynikiem któréj było orzeczenie, że B. umarła z uduszenia w skutek dławienia. Obducentem był prof. H o f m a n n i on též śród rozprawy ostatecznéj dowodził śmierci z zadławienia. Zapewne podniosą się teraz głosy, które obwinią znakomitego i doświadczonego lekarza sądowego o spaczenie sprawy i przyczynienie się do wydania wyroku niesprawiedliwego. Na takie zarzuty każdy, choć najdoświadczeńszy lekarz sądowy, musi być przygotowany, jeżeli nie rości sobie pretensyj do wszechwiedzy. Rozważmy więc stosunki ze stanowiska są-

dowolekarskiego, aby się przekonać, czy omyłka była możebną lub nie.

Młodą kobietę przed chwilą zdrową i wesołą znajdują leżącą na podłodze z włosami rozczochranemi; na szyi jéj uderzają owe charakterystyczne ślady palców, pozostałe po gwałcie zadanym za życia za pomocą palców: każdy nawet nie lekarz mieć musi wrażenie, że tu nastąpiła śmierć nagła, gwałtowna, słowem śmierć z zadławienia. Wprawdzie u stóp trupa stoi szklanka, w niéj mieści się nieco płynu, ale badanie chemiczne wykazuje, że płynem tym jest woda. Natomiast na szlafroku zmarłéj są ślady zbłocenia, najprawdopodobniéj pochodzące od butów, a więc wszystko na pierwszy rzut oka przemawia za gwałtem, za użyciem nóg i rąk, a nic za otruciem, o którém później dopiero obwiniona Steinerówna wspomina na swoje usprawiedliwienie. Nietylko na miejscu katastrofy, ale i przy sekcyi woni żadnéj nie czuć charakterystycznéj, plamy trupie i krew co do barwy nie przedstawiają nic uderzającego, w żołądku nadto niema śladu zmian, cechujących otrucie sinkiem potasu, — natomiast napotyka się zmiany, zwykle w uduszeniu występujące, — czyż w takim razie możebna orzec inaczéj, jak przypuścić śmierć z zadławienia? Żadną miarą! zwłaszcza gdy się nie znajdzie zmian, śmierć nagłą osoby młodéj i zdrowéj przedtém wytłumaczyć mogących, i jeżeli się uwzględni wszystkie okoliczności poboczne. Jeżeli nadto, jak w danym razie, można było stanowczo wykluczyć otrucie sinkiem potasu, owym środkiem trującym, który w naszych czasach we Wiedniu zwłaszcza stał się modnym, jeżeli nadto w obec braku woni migdałów gorzkich, w obec braku jaśniejszego zabarwienia krwi, niema podstawy do przypuszczenia otrucia tlenkiem węgla lub kwasem pruskim, — to lekarz sądowy, któryby się jeszcze wahał przypuścić zadławienie, nigdy w życiu na orzeczenie się nie zdobędzie, bo wdawać się w jakieś dalekie możebności znaczyłoby to tyle, co myśleć nietylko o otruciu, o upojeniu, o zmarznięciu, i kto wie nie o czém, tylko nie o tém, co bije w oczy, bo żywo przemawia do widza jakoby skarga, wypowiedziana przez nieme usta trupa. A jednak czy pomimo to otrucie kw. pruskim u Baloghównéj stanowczo można wykluczyć? Bynajmniéj. Można wykluczyć tylko otrucie za pomocą sinku potasu, ale nie za pomocą innego preparatu sinowodowego. Tego bowiem, co nam w otruciu kw. pruskiego zazwyczaj na pierwszy rzut oka zwraca uwagę na możebność tego otrucia, wyjątkowo może niedostawać: tém jest woń migdałów gorzkich i jaśniejsza barwa krwi, a pozostają tylko objawy śmierci z uduszenia. W jaki sposób działa kw. sinowodowy, tego dokładnie nie wiemy; żeby on działał w podobny sposób, jak tlenek węgla, przez zniesienie funkcyi krwi w skutek połączenia się się kwasu z hemoglobiną, jest więcéj niż wątpliwą rzeczą, bo przeciw temu tłumaczeniu przemawia naprzód ważna okoliczność, że nie mamy na to dowodu spektralnego, następnie że kwas sinowodowy działa nie równie prędzéj aniżeli tlenek węgla, a wreszcie, że nawet zabija szybko żaby, które zniesienie funkcyi krwi długo znoszą. Pozostaje nam tylko tłumaczenie, że kwas ten sprawia porażenie ośrodka oddechowego, a więc wywołuje śmierć z uduszenia. W zasadzie więc należy przypuścić, że jeżeli użyto przetworu sinowodowego nieświeżego, nieczystego, na trupie możemy spotkać się tylko z objawami uduszenia, pomimo że etyjologicznie rzecz biorąc, nastąpiło nie uduszenie lecz otrucie. Wtedy rozstrzyga badanie chemiczne, które nietylko chemik, ale już lekarz sądowy przy sekcyi na miejscu wykonywa, gdzie tylko nasuwa się jakieś podejrzenie. Nie mówiąc już o dochodzeniu chemiczném, więcéj czasu wymagającém, jak o próbie rodonowéj Liebiga i o próbie na błękit pruski, posiadamy t. zw. próby wstępne Schönbeina z nadniedokwasem wodu i ozonową Schönbeina i Preyera, które nawet milijonową część kwasu pruskiego zdolne są wykryć, a byliśmy świadkami, jak próby te w zakładzie sądowolekarskim w Wiedniu, gdzie wszystko jest pod ręką, stósują natychmiast, tak że późniejsze dochodzenie chemiczne jest tylko uzupełnieniem badania. Ależ trudno stósować te próby wszędzie i zawsze, a więc i tam, gdzie najmniejszego nie ma podejrzenia co do otrucia. A takiego podejrzenia nie było w przypadku Baloghównéj, niewykrycie więc otrucia nie może uchodzić za omyłkę dyjagnostyczną, lecz jako naturalne następstwo nieodgadnięcia czegoś, co nie było podejrzaném i co zapewne pozostanie nieodgadnioném.

Z praktyki wiemy, że w podobnych razach, gdy śród rozprawy lub późniéj może nasuwają się wątpliwości, sąd przystępuje do ekshumacyi zwłok i zarządza ponowne poszukiwania anatomiczne lub chemiczne. Do téj czynności przystąpi pewnie i sąd wiedeński, tym sposobem zwłoki Katarzyny Baloghównéj, pochowane w d. 6 kwietnia 1878 r. na cmentarzu centralnym pod Wiedniem, ujrzą znów światło dzienne. Z tego, co wyżéj powiedzieliśmy, wynika że badanie anatomiczne nie miałoby żadnego skutku, nawet gdyby zwloki były jeszcze względnie dobrze utrzymanemi; może więc tylko być mowa o badaniu chemiczném. Czy ono może mieć skutek jakiś? Na to pytanie nie wahamy się odpowiedzieć przecząco. Znaną jest rzeczą, że kw. sinowodowy bardzo prędko się rozkłada, bo jest bardzo lotnym; Taylor przekonał się, że kwas ten szybko się ulatnia nawet wtedy, gdy go mięszał z oliwą i umieszczał w naczyniu pęcherzem szczelnie zamkniętém. Ztąd chemicy zazwyczaj spieszą się z badaniem lub polewają trzewa całkiem czystym wyskokiem. Wprawdzie zdarzają się wyjątki, i jednym z nich był przypadek Zillnera (p. Przegląd Lek. 1881 Nr. 52), w którym prawie w 4 miesiące po śmierci zdołano w ciele zmumifikowaném wykryć kw. pruski. Ależ 4 miesiące i 4 lata, trup zmumifikowany a trup najprawdopodobniéj zgniły, może już z części miękkich ogołocony, — to wielka różnica.

Wynik ujemny badania chemicznego, którego z pewnością spodziewać się należy, nie wyklucza oczywiście możności, że przecież otrucie kw. pruskim miejsce miało, ale dowodu, że ono nastąpiło, nie osiągnie się już żadną miarą. A w obec niepodobieństwa stwierdzenia téj okoliczności, odpada pytanie co do konkurencyi przyczyn śmierci. Sądowi nie pozostanie nic innego, jak albo wierzyć Waschauerowi bezwarunkowo, albo oprzeć się na pierwszém orzeczeniu, że śmierć Baloghównéj nastąpiła z zadławienia; w pierwszym razie przysięgli nie nabędą przekonania, z czego B. właściwie umarła, w ostatnim, nauczeni doświadczeniem swych poprzedników, nie zechcą zapewne potępić młodzieńca, choć sam się oskarża, bo nie potrafią się wyzwolić od podejrzenia, że śmierć przecież nastąpiła z otrucia. Młodzieniec, który już w 20tym roku życia swego nabył tak smutnego rozgłosu, nie będzie najprawdopobobniéj skazanym, choćby nawet nie dostał się poprzednio do zakładu dla obłąkanych, w każdym atoli razie Steinerówna zostanie uwolnioną, choćby dla tego, że już odbyła $^2/_3$ części kary, na którą może wcale nie zasłużyła. Śmierć Baloghównéj zatém nie będzi pomszczoną, a to tylko z powodu, że w domniemanym mordercy dopiero po 4ch latach sumienie się odezwało.

Naszém zadaniem było wykazać, że na dochodzeniu sądowo-lekarskiém żaden nie ciąży zarzut; jednak przypadek ten pozostanie w pamięci lekarzy sądowych jako ostrzeżenie, że w dochodzeniu ważniejszych przypadków, zwłaszcza skrytobójstwa, należy być ostrożnym do przesady! *L. Blumenstok.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie o śmiertelności

w miastach Galicyi liczących nad 15.000 ludności od 1 października do 31 grudnia 1881. (Kwartał czwarty).

Nazwa miasta	Ludność	Liczba zmarłych bez nieżywo urodzonych	Stosunek zmarłych obliczony na 1000 mieszkańców i na rok	Wiek zmarłych: 1 rok	2—5 lat	6—20 lat	21—40 lat	41—60 lat	60 i wyżéj	wiek nieznany
Lwów	110 252	838	30.4	181	109	67	139	155	186	1
Kraków	67.000	483	28.8	92	90	42	82	89	88	—
Brody	20.071	252	50.2	80	37	25	26	36	48	—
Drohobycz	18.225	142	31.1	38	20	11	22	27	24	—
Kołomyja	23.109	145	25.1	47	39	8	18	15	18	—
Przemyśl	22 040	137	25.3	41	27	6	22	26	15	—
Stanisławów	18.626	142	30 5	29	28	12	13	19	27	14
Tarnopol	20 087	232	46.1	66	38	17	32	29	49	1
Tarnów	24.006	235	39.1	60	70	17	22	36	30	—
Razem	323.416	2606	32.2	634	458	205	376	432	485	16
Odsetki ogólnéj liczby zmarłych				24.6	17.5	7.8	14.8	16 5	18.6	0.6

Nazwa miasta	Przyczyna śmierci — Choroby zakaźne: Ospa	Odra	Płonica	Dławiec i błonica	Krztusiec	Dur brzuszny	Dur plamisty	Cholera	Czerwonka	Gorączka połogowa	Inne choroby zakaź.
Lwów	24	—	8	34	12	7	—	—	5	2	—
Kraków	25	1	16	25	7	4	9	—	2	2	9
Brody	37	9	22	10	—	6	2	—	1	1	1
Drohobycz	—	—	—	6	2	9	—	—	—	—	—
Kołomyja	—	2	1	4	—	2	—	—	3	—	—
Przemyśl	—	—	1	5	2	4	1	—	—	—	—
Stanisławów	—	—	—	7	11	2	—	—	1	—	—
Tarnopol	—	12	—	45	1	5	—	—	1	—	—
Tarnów	1	3	—	57	11	3	7	—	—	4	2
Razem	87	27	48	193	46	42	19	—	13	9	12
Odsetki ogólnéj liczby zmarłych	3.33	1.03	1.80	7.44	1.76	1.61	0.73	—	0.50	0.34	0.49

Nazwa miasta	Inne panujące choroby: Suchoty płuc	Zapalenie płuc, krtani i tchawicy	Inne ostre choroby narządu oddechow.	Udar	Ostry gościec stawowy	Zapalenie jelit	Choleryna	Wszystkie inne choroby	Śmierć gwałt.: Śmierć przypadkowa lub nieznana przycz.	Samobójstwo	Morderstwo lub zabójstwo
Lwów	169	114	15	22	2	14	2	393	11	4	1
Kraków	68	71	14	—	—	24	—	182	19	5	—
Brody	21	23	5	2	—	12	—	99	—	1	—
Drohobycz	4	17	35	2	—	14	—	52	1	—	—
Kołomyja	25	27	1	3	—	3	1	73	—	—	—
Przemyśl	36	23	1	—	—	—	1	62	—	1	—
Stanisławów	23	15	1	2	1	—	1	78	—	—	—
Tarnopol	29	28	—	4	—	—	—	101	5	1	—
Tarnów	18	38	—	1	—	12	—	75	1	—	2
Razem	393	356	72	35	3	79	5	1114	37	12	3
Odsetki ogólnéj liczby zmarłych	15.1	14.0	2.76	1.30	0.12	3 03	0.19	46 5	1.32	0.49	0.11

Lwów dnia 10 lutego 1882.

Dr. Merunowicz

Statystyka epidemij. W tygodniu od 5—11 lutego ogólna śmiertelność w Krakowie podniosła się z 27,5 na 34,4 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 3 (2 z. t.); z odry 1 (0 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z dławca 0 (2 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t.); z duru osutkowego 3 (3 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy, 1 odry, 1 błonicy, 1 płonicy, 1 róży, 2 czerwonki, 2 duru brzusznego (ze wsi); 21 duru osutkowego (3 z I obwodu, 1 z II obwodu, 10 z III obwodu, 9 ze wsi). W tygodniu od 8—14 stycznia umarło z ospy w Wiedniu 12, w Petersburgu 10, w Paryżu 8, w Warszawie 41, w Budapeszcie 12, w Pradze 7. Z duru osutkowego umarło w Warszawie 2, w Wiedniu 4, w Petersburgu 14. Sporadycznie pojawia się dur osutkowy w miastach hiszpańskich. Odra zabrała w Chrystyjanii 19 ofiar. Zapadło na nią 133. W Tryjeście pojawia się częściéj odra. Z błonicy umarło w Budapeszcie 17, w Paryżu 72. W Rio de Janeiro umarło od 1 do 15 listopada 3 z febry żółtéj.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 8—14 stycznia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,2; we Lwowie 31,9; w Poznaniu 25,0; w Wiedniu 29,7; w Budapeszcie 44,3; w Pradze 30,9; w Tryjeście 44,8; w Berlinie 22,1; w Wrocławiu 30,3; w Gdańsku 29,7; w Mnichowie 28,9; w Dreznie 25,3; w Lipsku 20,9; w Bazylei 26,9; w Brukseli 23,9; w Paryżu 27,6; w Kopenhadze 23,0; w Stokholmie 21,1; w Chrystyjanii 16,0; w Petersburgu 47,1; w Odesie 33,5; w Wenecyi 25,1; w Aleksandryi 33,1; w Nowym Yorku 29,6; w Filadelfii 29,6; w Bombaju 28,4. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 lutego. Otrzymaliśmy następującą odezwę:

Szanowny Panie, łaskawy kolego. Za parę miesięcy zamierzam przystąpić do drukowania: „Słownika lekarzów polskich“ od czasów najdawniejszych aż do chwili obecnéj. Praca moja, plon kilkunastoletnich mozolnych trudów, obejmuje oprócz życiorysów lekarzy polaków oraz cudzoziemców w Polsce osiadłych, dokładną biblijografiję lekarską polską. Pragnąc, aby zestawienie owoców pracy lekarzy rodaków na polu naukowém i społeczném było o ile możności dokładném, udaję się do szanownego Pana i kolegi z prośbą, abyś łaskawie zechciał nadesłać pod adresem niżéj wskazanym krótki opis biegu swego żywota oraz wykaz dokładny prac tak oddzielnie wydanych, jakotéż umieszczonych w czasopismach ze szczególném uwzględnieniem artykułów drukowanych w obcych językach. Mając niepłonną nadzieję, że szanowny Pan i kolega, ze względu na korzyść ogólną nie zechce odmówić méj prośbie, ale owszem zachęci do jéj spełnienia i innych kolegów, których miejsce pobytu jest mi niewiadomém

pozostaję z należném poważaniem
Dr. Stanisław Kośmiński.

Warszawa, Elektoralna. 32.

Z listu prywatnego dowiadujemy się nadto, że Dr. Kośmiński materyjał do Słownika lekarzów polskich ma już gotowy od przeszło pół roku, że wiadomości czerpał z kronik, dzieł historycznych i lekarskich, że przeglądał archiwa i biblijoteki w Padwie i Bolonii, a wiele dat zawdzięcza pp. Żegocie Paulemu i Estreicherowi w Krakowie. Udało się Drowi Kośmińskiemu odszukać wiele materyjałów dotąd nieznanych a nader ważnych dla literatury lekarskiéj krajowéj i dla dziejów oświaty w Polsce; posiada on wiadomości o lekarzach Polakach z wieku 12go, 13go itd., nie mówiąc już o 1 ym, tak bujnym w płody ducha polskiego. Literatura lekarska polska czasów ubiegłych w Słowniku mało już potrzebuje uzupełnień, również część biblijograficzna literatury bieżącéj starannie jest zebrana, ale w dziale bijograficznym zachodzą jeszcze liczne braki. Przed trzema miesiącami autor rozesłał okólnik litograficzny, ale na 500 odezw wystosowanych do lekarzy polskich w Kongresówce, w Poznańskiém, w Prusiech, w Rosyi i we Francyi otrzymał zaledwie kilkadziesiąt odpowiedzi. Obecnie rozsyła okólnik do kolegów galicyjskich według adresów, zamieszczonych w schematyzmie urzędowym z r. 1882 i pragnąłby wiadomości o pracach kolegów galicyjskich zdobić wzmiankami bijograficznemi. W każdym razie atoli, jaki-

kolwiek będzie wynik obecnych zabiegów, druk dzieła rozpocznie się w kwietniu rb.

Znając mrówczą pracowitość kol. Kośmińskiego, którėj złożył świetne dowody wśród układania katalogu biblijoteki Tow. lek. warszawskiego, ani na chwilę nie wątpimy, że przyrzeczenia swego dotrzyma i że Słownik przezeń zapowiedziany będzie prawdziwą ozdobą piśmiennictwa naszego lekarskiego. Żałować serdecznie musimy, że tak skrzętny pracownik nie znajduje śród kolegów należytego poparcia; w obec ubóstwa naszego piśmienniczego, w obec rzadkości dzieł cennych i trwałą wartość mieć mających, obowiązkiem jest każdego lekarza dorzucić cegiełkę do powstać mającéj budowli. Tuszymy sobie więc, że koledzy w Galicyi praktykujący zechcą poprzeć zacne zabiegi kolegi Kośmińskiego, a w pierwszym rzędzie ci, których nazwiska zaczynają się od początkowych głosek alfabetu, ze względu na okoliczność, że druk Słownika niebawem się rozpocznie. Rozchodzi się głównie o krótkie wiadomości bijograficzne oraz spis prac drukowanych w językach obcych, bo prace drukowane w języku polskim nie uszły uwagi takiego biblijografa, jakim jest kol. Kośmiński.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof. anatomii patologicznéj w Heidelbergu Arnold otrzymał charakter tajnego radcy dworu (z powodu nieprzyjęcia katedry wiedeńskiéj, którėj byłby zapewne nie otrzymał, choćby nie był odmówił).

* **Nekrologija.** D. 7 bm. zmarł w Meranie po długiéj chorobie płucnéj Dr. Witold Placzkowski w 31 roku życia. Zmarły był dawniéj prosektorem przy katedrze anatomii opisowéj, późniéj ordynatorem oddziału chirurgicznego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie. *(Kur. Warsz.)*

Dr. Minkiewicz w Tyflisie donosi w *Gaz. Lek.* o śmierci Dra Stefana Ściepury, zmarłego na Kaukazie d. 29 czerwca r. z. Dr. Ściepura urodził się w Mińskiém w r. 1826, gimnazyjum kończył w Słucku, uniwersytet w Charkowie; służył ciągle na Kaukazie, gdzie doznawał wielkiego poważania, był jednym z założycieli Tow. lekarzy kaukazkich i założycielem oddziału antropologicznego w témże Towarzystwie.

W Żytomierzu umarł 26 listopada r. z. Dr. Ludwik Koch w wieku sędziwym; w roku przeszłym znajdował się jeszcze na Zjeździe lekarzy w Krakowie.

W Zborowie umarł nagle lekarz prakt. Leon Brust w 53 roku życia. Zgon jego wywołał głębokie współczucie.

Dnia 31 stycznia r. b. umarł w Buczaczu lekarz Karol Menkes, w 82 roku życia. Padł jak żołnierz na polu walki, bo umarł z piórem w ręku przy zapisywaniu recepty, rażony udarem mózgowym. Przeszło lat 50 praktykował w samymże Buczaczu, a wraz z tém miastem przeszedł dobre i złe czasy odznaczając się zawsze nieskazitelnym charakterem i gotowością do usług publicznych, czy to w czasie zamieszek politycznych w r. 1831 i 1848, kiedy błyszczał patryjotyzmem, czy to znów w czasie pokoju niosąc pociechę we wszystkie sfery społeczeństwa naszego. Cześć jego pamięci! *Sit ei terra levis. Dr. Obtułowicz.*

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 7: Pacanowskiego: Nowotwór złośliwy śródpiersia (z kliniki prof. Lambla); Kramsztyka: Zmiany chorobne, występujące w oczach po przebyciu gorączki powrotnéj (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. KORCZYŃSKI: Uiber Nitroglycerin. (Osobne odbicie z „W. med. Woch." 1882 Nr. 6) in 8vo str. 6.

Dr. Bolesław SKÓRCZEWSKI: Przyczyny i rozwój niektórych postaci uporczywych biegunek oraz ich leczenie w Krynicy. (Osobne odbicie z „Medycyny"). Warszawa 1881, in 8vo str. 25.

Tenże: Bóle głowy ich przyczyny, rozwój i leczenie. (Odbicie z „Medycyny)." Warszewa 1882, in 8vo str. 30.

Piśmiennictwo lekarskie. FERÉ. Du cancer da la vessie. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. $3\frac{1}{2}$.

FOURNIER A. Leçons cliniques sur la syphilis. 2 éd. av. fig. et 8 pl. gr. 8. Paris, Delahaye et L. Fr. 21.

FUCHS E. Dans Sarcom d. Uvealtractus. Mit 6 Ffln. gr. 8. Wien, Braumüller M. 7.

GOLTZ F. Ueb. d. Verrichtungen des Grosshirns. Gesammelte Abhandlgn. Mit 3 Tfln. in Farbendr. Lex. 8, Bonn, Strauss, cart. M. 8. 80.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dn. 1go marca w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém kol. prof. Blumenstok przedstawi: miscelanea sądowo-lekarskie na podstawie preparatów ze zbioru Zakładu sądowo-lekarskiego.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie w Poniedziałek dnia 27 lutego bm. o godz. 5 po poł. w sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém Dr. Z. Rieger ze Lwowa przedstawi plan nowych łazienek w Truskawcu i mówić będzie o stosunkach miejscowych tego zdrojowiska. Prof. Dr. Olszewski poda wiadomość o rozbiorze chemicznym wody mineralnéj w Głębokiém. Obecność pp. Inżynijerów i Techników na tém posiedzeniu jest bardzo pożądaną.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 4 marca 1882. № 9. Rok XXI.

I. Działanie lecznicze salicynu.

Napisał Prof. Dr **Korczyński.**

Do rzędu leków, które z chwilą wynalezienia i polecenia przeciw pewnéj chorobie zyskują bardzo szerokie koło zwolenników i rozległe zastósowanie w praktyce lekarskiéj, ażeby tém rychléj popaść znów w zapomnienie, z którego na chwilę tylko obudza je nowoczesna żądza wynajdywania nowych leków swoistych, należy bezsprzecznie salicyn.

Ciało to, należące do glykozydów i długi czas uważane jako alkaloid, bardzo zresztą zajmujące pod względem własności i przemian chemicznych tak w ustroju zwierzęcym jako też poza takowym, po bezskutecznych próbach otrzymania w stanie czystym, podjętych przez Fontanę w Larizzie, Rigatellego w Weronie i Buchnera w Monachijum, przedstawione zostało po raz pierwszy w stanie czystym i krystalicznym w r. 1829 przez aptekarza Leroux z Vitry, który donosząc o swym wynalazku Akademii Umiejętności w Paryżu zachwalił nowy przetwór chemiczny jako środek leczący zimnice z równą skutecznością jak chinin. Z gorączkowym zapałem chwycili się chemicy i farmaceuci nowego ciała, badali jego własności i przemiany chemiczne, podobieństwa z ciałami znanemi, docieklі najlepszego i najkorzystniejszego sposobu otrzymywania, tak dalece, że do końca r. 1859 spisano już 84 rozpraw chemicznych i farmaceutycznych o salicynie, a poszukiwano go nietylko w 36 gatunkach wierzby i topoli, ale i w wielu innych roślinach.

I lekarze nie dali się wyprzedzić w doświadczaniu skuteczności nowego leku, gdyż do r. 1860go spisał W. Scheffer w swéj monografii, z któréj powyższe daty wyjmuję, aż 45 tytułów rozpraw lekarskich o salicynie. Zrazu sądzono, że salicyn zupełnie wyprze z użycia chinin i bardzo go zachwalano, późniejsze spostrzeżenia zdawały się coraz mniéj przemawiać na jego korzyść, przynajmniéj wyniki poszczególnych badaczów były bardzo sprzeczne, tak dalece, że lek ten wkrótce zaniechany prawie zupełnie i wyrugowany nawet z wielu urzędowych spisów leków obowiązujących, zajmował tylko umysły chemików. Doświadczenia Miquela, Gérardina, Magendiego, Forio, Sokołowa, Levyego i w. i., pod względem skuteczności w zimnicy, Buscha co do wpływu korzystnego na przebieg krztuśca, Graffa, Linza, Stegmayera, Blomma i w. i. wykazujące działanie korzystne w niestrawności, biegunkach i śluzotokach zamiast do dzieł i podręczników farmakologicznych i terapeutycznych, przeszły do — historyi medycyny. Przyczyną niestałości działania, a więc i zniechęcenia lekarzy, była prawdopodobnie zbyt mała dawka, w któréj lek ten podawano.

Dopiero w nowszych czasach po wprowadzeniu w użycie lekarskie kwasu salicylowego i jego przetworów przez Kolbego, a więcéj jeszcze po korzystném zastosowaniu tego leku w zapaleniach idyjopatycznych stawów przez Bussa (*D. Arch. f. kl. Med.*. 1875, XV, str. 486), Strickera (*Berl. klin. W.*, 1876, Nr. 1) i Senatora (*B. kl. W.*, 1876, Nr. 4), i wielu innych zaczęło na nowo polecać i badać salicyn głównie jako lek przeciwgośćcowy i to tak dalece, że zapasy salicynu zrazu zostały zupełnie wyczerpane, a cena fabryczna bardzo znacznie się podniosła. Rok 1876 zaznaczając nowy zwrot ku salicynowi przyniósł obszerne prace o tym nawpół zapomnianym leku. Do najznakomitszych a pierwszych prac należą prace Senatora, Maclagana, Bussa i Buchwalda.

Senator (*Centralblatt f. m. W.*, 1876, Nr. 4) twierdzi w doniesieniu tymczasowém, że opierając się na doświadczeniach Rankego, Lehmanna, Laverana i Millona, które wykazały, że salicyn dostawszy się do obiegu krwi bezpośrednio lub przez żołądek zamienia się w znacznéj części na kwas salicylowy, używał salicynu jeszcze przed doniesieniem Maclagana. Przekonał się on, że salicyn w ilości 2.50—6gm. na raz podany obniża ciepłotę w chorobach gorączkowych równie pewnie jak kwas salicylowy, a nie ma

takich nieprzyjemnych działań ubocznych (drapania, dławienia) jak kwas salicylowy. W późniejszéj pracy *(Berl. klin. W.*, 1877, Nr. 14 i 15) Senator opisując swe dalsze doświadczenia na 70 przypadkach dokonane zmienia nieco powyższe zdanie. Radzi on podawać dawki większe (8—10gm.) jeżeli chodzi o wywołanie wybitnego skutku, osobliwie przeciwgorączkowego, a działanie lecznicze streszcza w następujących słowach: „W chorobach gorączkowych, jeżeli zależy na szybkiém i dosadném obniżeniu ciepłoty bardzo wygórowanéj, salicyn nie jest stosowny, za to nadaje się, jeżeli ciepłota została już obniżoną, lub od początku nie była bardzo wysoką, a to w tym celu, ażeby ciepłotę utrzymać stale w miernym lub małym stopniu. W takich razach ma salicyn to pierwszeństwo przed chininem i kwasem salicylowym, że może być używany czas dłuższy bez wywołania nieprzyjemnych skutków ubocznych, właściwych powyższym lekom (zaburzeń w zakresie trawienia, objawów nerwowych, zapadu sił i mocnych potów) i że działa powolniéj ale jak się zdaje trwaléj. Z tych samych powodów zaleca się do używania w ostrém reumatyczném zapaleniu stawów, a osobliwie do dłuższego podawania w chronicznych bolesnych zajęciach stawów. W zimnicy nie dorównywa co do działania chininowi, w nieżycie pęcherza i w moczówce cukrowéj jest zupełnie bezskuteczny“.

Maclagan *(The Lancet*, Nr. 10 i 11 z 4 i 11 marca 1876) począł używać salicynu już od listopada 1874 w gośćcu stawowym ostrym i przewlekłym, wychodząc z dziwacznego zapatrywania, że gościec a zimnica są pokrewnemi chorobami i że jak drzewa chinowe udają się najlepiej w okolicach, gdzie najwięcéj panuje zimnic, tak też i produkt chemiczny z *Salix pentandra*, która rośnie w naszych okolicach wilgotnych i chłodnych, powinien być środkiem leczniczym przeciw gośćcowi. Podawał on w przypadkach ostrych téj choroby po 0.6—2gm., co 2—4 godzin i spostrzegł po 24, a najpóźniéj po 48 godzinach, skutek taki sam, jak to późniéj donoszono o kwasie salicylowym; mianowicie gorączka malała, a bóle w stawach się zmniejszały. W przypadkach przewlekłych działanie tego leku było mniéj wybitne. M. upatruje pierwszeństwo salicynu przed kwasem salicylowym w têm, że nie drażni przewodu pokarmowego i że ma smak wprawdzie gorzki, ale niebardzo nieprzyjemny.

A. Buchwald uczynił na posiedzeniu szlązkiego Towarzystwa oświaty w d. 28 kwietnia 1876 r. (*Berl. kl. W.*, 1876, 396) wzmiankę o kilku przypadkach chorób gorączkowych leczonych salicynem. Małe dawki dawały wyniki wątpliwe, do wybitnego obniżenia ciepłoty potrzeba było dawki 8—10 gm.; nawet dawkę 10—15gm. znosili chorzy dobrze. W późniejszéj swéj pracy: *Uiber Wirkung und therapeutischen Werth des Salicins.* Breslau, 1878, dochodzi Buchwald na podstawie mierzeń ciepłoty, dzień i noc co 2 godziny wykonywanych, do następujących wniosków: Salicyn, który na ciepłotę człowieka zdrowego prawie wcale nie wpływa, w dawkach jednorazowych 8—12gm. obniża znacznie ciepłotę ludzi gorączkujących. Jako środek przeciwzimniczy działa niepewnie. W gośćcu stawowym ostrym, w dawkach 12gm. na dobę, obniża ciepłotę ciała i działa korzystnie na samą sprawę chorobową, jednakże słabiéj niż kwas salicylowy, dla tego zdaniem B., najlepiéj podawać pierwszego dnia kwas salicylowy a potém przejść do salicynu; w przypadkach chronicznych zaleca się bardzo do używania z powodu, że chorzy znoszą go dobrze nawet przez czas dłuższy. W moczówce cukrowéj, w nieżycie pęcherza, jak niemniéj jako środek przeciwgnilny wcale nie skutkuje. Że salicyn działa tak samo pewnie jak kwas salicylowy nie można wątpić, trzeba go tylko podawać w dawkach o czwartą część większych, aniżeli kwas salicylowy.

C. E Buss w pierwszéj pracy: *Uiber Ersatzmittel der Salicylsäure bei innerlicher Anwendung (Berl. kl. Woch.*, 1876, Nr. 35 i 36) powtarzając doświadczenia Senatora, pomimo że używał dawek większych (8—10gm.) przychodzi do przekonania, że salicyn nie może zastąpić kwasu salicylowego, gdyż wpływ jego na ciepłotę gorączkową jest znacznie mniejszy, aniżeli salicylanu sodowego. Już ze stanowiska teoretycznego sądzi on, że tak być musi, gdyż salicyn rozpadając się we krwi oprócz kwasu salicylowego na kwas salicylawy i saligenin, nie może tak skutecznie działać jak kwas salicylowy, a nadto działając wolniéj nie może tak dosadnie obniżać ciepłoty. W następnéj pracy: *Uiber das Wesen und die Behandlung des Fiebers.* Stuttgart, 1878, str. 184, wyraża się Buss: „Stwierdziłem, że działanie przeciwgorączkowe salicynu nie jest w żadnym razie tak pewne, jak kwasu salicylowego. Może być używany czas dłuższy i ma charakter słabego przetworu salicylowego.“

Oprócz tych prac pojawiło się bardzo wiele doniesień i opisów kazuistycznych, z których wymienimy pokrótce następujące: Korzystne działanie salicynu w zapaleniu ostrém stawów stwierdzili między innymi Brew, Shoffield *(Brit. med. Journ.*, 1876 June 3), Pollart, *(Brit. med. Journ.*, 1876, July 8); Ralfe (*Lancet*, 1876, II, 1 July), Green *(Lancet*, 1876, II, Nr. 20), S. Ringer *(Br. med. Journ.*, 1876, July 8 i *Med. Times and Gaz.*, 1877, Nr. 1385), Brown *(Boston med. Journ.*, 1877), F. Warner (*Ctrbl. f. m. Wiss.*, 1879, 703), Young *(Virch. Hirsch. Jahrb.*, 1880, II, 260); podczas gdy inni jak np. Foster *(Brit. med. Journ.*, 1876, Nr. 832), Beeby *Lancet*, 1877, I, Nr. 9), Jacob *(Lancet*, 1877, II, 1 July) działania tego nie spostrzegali, a W. D. Hogg *(De l'usage thérapeutique de l'acide salicylique ses composés et accessoirement de la salicine. Thèse.* Paris, 1877, str. 99) przyznaje lekowi temu tylko wyborne własności wzmacniające. W zimnicy doświadczał skuteczności tego leku W. Thomson *(Brit. med. Journ.*, 1877, Nr. 852) a w nowszych czasach Vecchi (*Virchow-Hirsch. Jahrb.*, 1880, II, 9, 10), w biegunkach Matison *(Philadelphia med. Reporter* Febr. 1) i Gubler.

Najgorliwszym orędownikiem salicynu był i jest dotąd Maclagan, który w licznych artykułach bądź to wychwalał jego własności, bądź polemizował z innymi autorami. Twierdzi on (*Brit. med. Journ.*, 1876, May 20), że salicynowi oddać należy pierwszeństwo przed kwasem salicylowym i salicylanem sodowym, daléj (*Lancet*, 1876, Nr. 18) że salicyn w dostatecznéj ilości używany usuwa tak pewnie zapalenie stawów, jak chinin zimnice, a nawet ma zapobiegać powikłaniu z zapaleniem osierdzia, (czemu jednakże przeczą prawie wszyscy późniejsi autorowie), że jest także dzielnym lekiem w nerwobólach *(Practitioner*, 1877, Nov. str. 321) i postrzałach *(lumbago)* usuwając przypady chorobowe nawet w tych przypadkach, gdzie chinin jest bezskuteczny. Uważa on kwas salicylowy i salicyn nie jako środki przeciwgorączkowe, tylko jako *antirheumatica*, które o tyle uśmierzają stan gorączkowy, o ile usuwają chorobę, która takowy wywołuje. Twierdzi on nadto, (*Lancet*, 1879, Juny 21), że tak kwas salicylowy jak i salicyn zamieniają się we krwi w jakąś istotę trzecią, bliżéj nam nieznaną i że przemiana salicynu w kwas salicylowy nie jest udowodnioną, przeciwko czemu

wystąpił stanowczo Senator. Działanie kwasu salicylowego ma być „deprymujące“, podczas gdy działanie salicynu szczmiące i wzmacniające, dla tego daje bezwzględnie pierwszeństwo salicynowi i do używania go jak najbardziéj zachęca.

Mimo tych zachwalań nie mógł jednak salicyn utrzymać się w praktyce lekarskiéj; począwszy od drugiéj połowy 1878 r. liczba opisów korzystnego działania tego leku poczęła się niestosunkowo zmniejszać, a o ile mnie wiadomo i u nas mało który z lekarzy używa salicynu w praktyce prywatnéj.

To skłania mnie do rozpatrzenia się w notatach klinicznych i zestawienia wyników doświadczeń. jakie począwszy od r. 1876 z salicynem przedsiębrałem (głównie dla pouczenia siebie samego o działaniu tego leku).

Chcąc się przekonać o wpływie salicynu na ciepłotę gorączkową doświadczałem przedewszystkiém jego wpływu na ciepłotę ludzi zdrowych. Doświadczeniami temi zajęli się Dr. Glück, a późniéj Dr. Smoleński, zachowując wszelkie ostrożności, jakich w takich razach przestrzegać należy. Sposób badania był taki sam, jak w doświadczeniach nad wpływem kwasu salicylowego i salicylanu sodowego na ciepłotę ludzi niegorączkujących, które przedsiębrał pod moim kierunkiem Dr. Gedl w roku 1876 (zob. *Medycyna*, 1876, Nr. 24 i nast., i *Centralblatt f. m. Wiss.*, 1876, str. 403). Wynik tych doświadczeń był jednak ujemny tak co do dawek. małych 2—4gm. (Glück), jakoteż dawek większych 10-gramowych, na raz podawanych (Smoleński), gdyż nie stwierdzono ani takiego obniżania się ciepłoty, jakie wykazał Gedl dla kwasu salicylowego, ani też zmniejszania się fizyjologicznych dobowych wahań ciepłoty, jakie według Iuegensena sprawiać ma u człowieka zdrowego chinin. Z tego już można było wnosić, że salicyn będzie wywierać mniejszy wpływ na ciepłotę gorączkową, aniżeli chinin lub kwas salicylowy. Spostrzeżenia te są zgodne z wynikami doświadczeń przedsiębranych przez Buchwalda (l. c. str. 16) i Stuarta (*Edinb. med. Journ.*, 1877, str. 495). Za to spostrzegano nieraz znaczne obniżanie się ilości tętna, o jakiém także wspomina Buchwald. Działanie salicynu było zresztą o wiele łagodniejsze aniżeli kwasu salicylowego, gdyż przypady uboczne występowały o wiele rzadziéj. W doświadczeniach Gedla przeszło w jednéj czwartéj części osób do badania użytych zjawiały się po kwasie salicylowym (3—5gm. na raz) takie przypadłości, jak ogólne osłabienie, nudności, szum w uszach, poty, zawrót głowy, uczucie pieczenia w gardzieli i w żołądku itp., przy podawaniu zaś salicynu uważano tylko w jednym przypadku szum w uszach i ból głowy trwający pół godziny, w drugim zaś, u kobiety bardzo urażliwéj, po 10gm., szum w uszach, odbijanie i wymioty w 5 godzin po zażyciu leku. Szczegóły te zgadzają się z dawniejszemi doświadczeniami Scheffera (l. c. str. 31) i z nowszemi Gublera i Hogga (l. c.) i niedorównywają nawet jeszcze wynikom doświadczeń, jakie przedsiębrał na sobie samym w r. 1851 Ranke zażywając przez 3 dni bez żadnych przypadłości po 1 uncyi (35gm.) salicynu, dopiero 3go dnia wystąpiło u niego ćmienie przed oczyma i stałe dzwonienie w uszach.

Według Ringera i Buryego (*Virchow-Hirsch Jahresbericht*, 1877, I, 426), którzy badali działanie salicynu na zdrowych chłopcach, bardzo wielkie dawki wywoływały szczególną skłonność do zaczerwienienia się twarzy z nieznacznéj przyczyny, szum w uszach, upośledzenie słuchu i ból w czole. Po dawkach właściwie już trujących, ale jeszcze życiu niezagrażających ból w czole staje się bardzo dokuczliwy, równocześnie pojawia się drżenie, osłabienie mięśniowe, lekkie drgawki, wielka wrażliwość mięśniowa, mrowienie, przyśpieszenie i nieregularność ruchów oddechowych i znaczne przyśpieszenie tętna. Ponieważ jednak doświadczanie działania dawek trujących należy do toksykologii, a zadaniem kliniki jest badanie dawek leczniczych, przeto doświadczeń tych wcale nawet nie powtarzano.

Produkty rozkładowe salicynu pojawiały się w naszych doświadczeniach w moczu w 30—45 minut po zażyciu leku.

———

Doświadczenia nasze na chorych odnoszą się do działania przeciwgorączkowego salicynu w 18 przyp. chorób gorączkowych ostrych i w 15 przyp. suchot płucnych i do działania swoistego w zimnicy (4 przyp.) i zapaleniu idyjopatycznem stawów (9 przyp.); jest to więc liczba bardzo nieznaczna. Jeżeli więc z tą liczbą doświadczeń występujemy to nie czynimy tego dla przedstawienia faktów nowych, lecz jedynie tylko dla ponownego zwrócenia uwagi na lek, zdaniem naszém, niesłusznie zaniedbywany.

Działanie przeciwgorączkowe w chorobach ostrych.

Zapalenie płuc i opłucnéj. (Przypadków 6). Skutek wątpliwy wystąpił w pierwszych 3 przyp., a dodatni w następnych 3 przyp., a mianowicie:

1) Teresa Polak, lat 20 licząca, z zapaleniem samodzielném płuca prawego powikłaném z zapaleniem opłucnéj (*Pleuropneumonia*) obok przewlekłego zakażenia zimniczego. Od 5go aż do końca 7go dnia choroby naciek zapalny od dolnego płatu rozszerzał się na całe prawe płuco; przebieg był ciężki, asteniczny, upadek sił znaczny. Ciepłota nie przebiegała zupełnie regularnie. Chinin w ilości 2gm. na dawkę również nie obniżył ciepłoty w tym stopniu, jak to zwykle czyni, a następnego dnia podany salicyn w ilości 5gm. pozostał także bez wybitnego skutku, co prawdopodobnie przypisać należy téj okoliczności, że obydwa leki zadawane były w czasie właśnie największego rozszerzania się sprawy zapalnéj w płucu.

Dzień choroby		4	5	6	7
godzina	7	39.[1])	39.6	39.2	39.8
	9	38.4	40.2 (chin.)	40 (sal.)	40.
	10	39.1	40.4	**39.8**	—
	12	40.6	**38.8**	40	40.2
	2	40.4	39.8	40.3	40.4
	4	40.3	39.8	40.5	40.8
	6	40.5	40	40.5	40.6
	8	40.2	—	40	40

Obniżenie ciepłoty po chininie wynosiło po trzech godzinach 0.4, po salicynie po dwóch godzinach 0.2°C.

2) U chorego Michała Marszyckiego, lat 29 liczącego, przyjętego w dniu 8 choroby z powodu *Pleuropneumonia asthenica in ind. emphysematico*, dawki 4gm. salicynu wywoływały stale co godzina po zażyciu obfite poty, obniżały jednakże przewlekającą się w tym przypadku poza zwykły okres gorączkę tylko bardzo nieznacznie (0.1—0.2°C). Dawki te również mało wpływały na ciepłotę podgorączkową, jaka następnie rozwinęła się skutkiem zapalenia gruczołu przyusznego i nie były w stanie zapobiedz wzniesieniom wieczornym.

———

[1]) Gdzie wyraźnie leku nie wymieniono, rozumieć należy, że w dniu tym nie podano żadnego leku przeciwgorączkowego.

3) U chorego Jana Ziemby, z ropnym naciekiem i ropniem skutkiem zapalenia płuca prawego, wśród przebiegu gorączki z rana zwalniającéj a pod wieczór podnoszącéj się i dochodzącéj do 40.2, podano w dniu 30/5 o godz. 11 zrana 4gm. salicynu. Dawka ta obniżyła wprawdzie bezpośrednio ciepłotę, ale nie zapobiegła wieczornéj eksacerbacyi: o godz. 8 ciepł. 38.8, o 12téj 38.7, o 3ciéj **38.3**, o 6téj 39.3, o 7éj 39.2. Nazajutrz zrana przy ciepłocie 39.1 użył chory 5gm. salicynu, w godzinę potém ciepłota 37.8, jednakże tego samego dnia rozwinęło się zapalenie otrzewny, wśród coraz bardziéj zwiększającego się upadku sił i obniżania się ciepłoty ciała, a chory po kilku dniach życie zakończył. Z tego powodu obserwacyja co do działania leku nie jest czystą.

Działanie wybitne przeciwgorączkowe stwierdzono w następujących przypadkach:

4) K. G., lat 37. *Pleuritis serosa idiopathica dextra majoris gradus.* W dniu choroby 15 ciepłota rano 38.4, tętno 88; wieczór 39.2, tętno 88.

W dniu choroby 16 rano 39—96, wieczór 39.3—108.

godz.	dz. chor. 17	dz. chor. 18	dz. chor. 19.
8	38.2—88	38 —80	38
10	38.4—80	38.5—84 (5gm. s.)	—
12	38.4—88	38.4—88	—
4	39. —84	38.2—72	—
6	39.2—88	**37.4**—72	—
8	—	37.6—78	38.5

Obniżenie ciepłoty po 8 godz. wynosiło 1.1°C.

5) Szczepański Ludwik, lat 27. *Pneumonia fibrinosa dextra sthenica, tumor lienis malaricus.* W 3cim dniu choroby ciepłota utrzymuje się stale między 40.2 a 40.6; w dniu 4tym naciek się rozszerza; w dniu 5tym pozostaje w równéj mierze. Tego dnia podano na raz 7gm. salicynu.

godz.	dzień 4	dz. 5	dz. 6
7	38.4	38.6—104	39.4
10	39.2	39.8—108 (7gm. s.)	39.4
1	40	39.6— 96	39.6
4	40.4	**39.2— 92**	40.2
7	40.2	40.4—108	40
10	40	40.2—120	39.5

Obniżenie ciepłoty wynosiło w 6 godzin po zadaniu leku 0.6; podczas gdy dnia poprzedniego ciepłota o tym czasie była o 1.2 wyższą. Pod wieczór jednak ciepłota podniosła się znów do niemal téj saméj wysokości, jak dniem przedtém.

6) G. K., lat 27. *Pleuritis exsud. sin.* 5gm. salicynu obniżyły ciepłotę o 0.6 i zapobiegły wieczornéj eksacerbacyi.

	dz. 17	dz. 18	dz. 19	dz. 20
r.	39	38.2	38 (5gm. s.)	38.1
w.	39.3	39	**37.4**	38.2

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Rumień wielopostaciowy Hebry.

Podał Dr. Adolf Goldhaber.

Siedmioletni F. B. wrócił ze szkoły zupełnie zdrów a po spożyciu zwykłego podwieczorku począł się żalić na gwałtowny ból w okolicy pępka. Wezwany kol. Weiss sądził, że ma do czynienia ze zwykłém morzyskiem, polecił 100·0 *Hydromel. infantum* a gdy w następnych dwóch dniach pomimo stolców boleści nie ustawały, a nadto inne objawy wystąpiły, których sobie nie mógł wytłumaczyć, wezwał mnie dnia 5go listopada wieczorem na naradę.

Z wywiadów wynika, że B. był dotąd zupełnie zdrów, chodził do szkoły, jadał dobrze. Dnia 3go listopada po powrocie ze szkoły doznał silnego dreszczu, a po nim wielkiego bólu koło pępka. Po użyciu lekarstwa przez kol. Weissa przepisanego miał kilka stolców, z których pierwsze były zwyczajne, lecz następne od 24 godzin zawierają krew szczerą. Dzisiaj powstały pośród bólów jednorazowe krwawe wymioty.

Stan obecny: Chłopiec wiekowi swemu odpowiednio zbudowany, miernie odżywiony, źrenice rozszerzone, policzki zaczerwienione, błony śluzowe blade, język nieco obłożony, na twarzy wyraz cierpienia. W małych odstępach czasu, mniéj więcéj co 5—8 minut, wydaje chory przeraźliwy okrzyk, zwija się w kłębek, tarza się po łóżku i woła z jękiem i płaczem, że go w brzuchu koło pępka boli. W parę minut uspokaja się, leży zmęczony; zapytany, podaje, że ten ból ani na chwilę nie ustaje w zupełności, tylko się zmniejsza. Tętno 120 na minutę. Ciepłota 38·7C. W klatce piersiowéj nie ma żadnego zboczenia, wątroba i śledziona niepowiększone a w podżebrzach nie ma żadnéj bolesności. Żołądek miernie wzdęty, ku dołowi nieco rozszerzony, jest mocno bolesny, a przy ucisku łagodnym powstaje ból wyżéj opisany. Brzuch miernie wzdęty, nad kiszką ślepą nieznaczne stłumienie i mała bolesność. Zresztą nigdzie nie ma zboczenia. Chory podaje, że mu się „wiatrem“ odbija; nie ma apetytu, w ustach nie ma złego smaku, natomiast małe pragnienie. Na skórze nie widać żadnéj zmiany. Mocz zawiera moczany i ślad białka.

Zebrawszy wyżéj opisane objawy w całość przekonałem się, że badany cierpi na niedokrewność (ślad białka w moczu, bladość błon śluzowych, mierne odżywienie) oraz niewątpliwie na kurcz żołądka. Gdyby innych objawów nie było, miałbym dla kurczu żołądkowego właśnie w téj niedokrewności dostateczne wytłumaczenie. Lecz cóż za znaczenie mają wymioty krwawe i krew w stolcu? Objawy te mogą powstać: *per diapedesin* w ostrém zapaleniu żołądka, lecz do rozpoznania tego cierpienia brak nam innych objawów; mianowicie z wywiadów wiemy, że chory nie spożył nic drażniącego, nie miał i nie ma nudności ani charakterystycznego odbijania; choroba rozpoczęła się od dreszczu, co w ostrym nieżycie żołądka nie bywa; jeśli zatém już na podstawie wywiadów zatrucie lub działanie ostréj jakiéjś istoty wykluczyć mogłem, to obecność krwi w stolcu wykluczała zwykły ostry nieżyt żołądka. Pozostało mi tylko przypuszczenie wrzodu żołądkowego. Młody wiek chorego nie zdawał się temu przeczyć, gdyż Goadhart (*The Lancet*, maj 1881), opisuje wrzód przeszywający u noworodka. Natomiast nasuwało mi się pytanie, jak wrzód żołądka powstawać i wreszcie już przez krwotoki objawiać się może, nie zakłóciwszy poprzednio w niczém stanu ogólnego, a zwłaszcza trawienia. Ostatecznie, nie mogąc inaczéj wytłumaczyć tych objawów, sądziłem, że mi mylnie podano wywiady i rozpoznałem wrzód przeszywający żołądka, na co się kol. Weiss zgodził, zapisałem choremu mleczankę z wyciągiem ślazu i zaleciłem spokój i ścisłą dyjetę.

Dnia 6 listopada: Ciepłota 39·2 C., tętno 128, nikłe. Chory od północy spał, boleści bowiem od owéj pory się zmniejszyły. Nad ranem dwa stolce czystą krew zawierające. Żołądek mniéj wzdęty, brzuch zapadły, nigdzie nie ma stłumienia. Na skórze nad obydwiema odnogami gór-

nemi po stronie zewnętrznéj i nad obydwoma krętarzami symetrycznie gęsto rozsiane guzki wielkości soczewicy, aż do wielkości ziarnka grochu, ciemno-fijołkowo zabarwione, ostro odgraniczone, mało co nad powierzchnię skóry wystające, nie ginące pod uciskiem palca. Na błonach śluzowych nie ma żadnéj zmiany. Chory nie żali się ani na ból ani na swędzenie.

Ponieważ podobną wysypkę guzkową kilka razy na tle kiłowém widziałem, przeto pilnie za tą chorobą śledziłem. Jednakże nigdzie nie było obrzęku gruczołów, na błonie śluzowéj nie było żadnéj zmiany. Musiałem więc kiłę stanowczo wykluczyć. Okoliczność, że chory przebył ospę, oraz że na ulubionéj siedzibie pierwszych wykwitów ospy, tj. na twarzy, nie było żadnych guzków, wykluczała ospę; doszedłem więc do przekonania, że obok głównego cierpienia, tj. wrzodu żołądkowego, który wywołał kurcz żołądkowy, krwotoki i niedokrewność występuje rumień wypocinowy wielopostaciowy (*Erythema multiforme exsudativum Hebrae*).

Dnia tego wymiotów nie było. Z powodu bardzo znacznéj niedokrewności zalecono choremu *Tinct. ferri acetici aetherea*.

Dnia 7 listopada: C. 37·8, t. 120. Skóra na całém ciele gęsto pokryta podobnemi guzkami jak ręce i nogi, nawet na prąciu i na mosznach licznie się usadowiły. Stolca i wymiotów nie było. Boleści w żołądku acz bardzo małe, zjawiają się jeszcze od czasu do czasu. Brzuch zapadnięty nie bolesny.

D. 8 listopada: Stan bezgorączkowy; niedokrewność znaczna. Guzki miejscami bledsze, przyskórek nad niemi łuszczy się nieco. Odbijanie, boleści ustały. Po silném nawet uciskaniu żołądka nie odzywa się już ból dawniejszy. Dwa wolne zupełnie prawidłowo zabarwione stolce bez domieszki krwi. Łaknienie silne. Zalecono strawną dyjetę i *Tinct. ferri acet. aetherea*.

Otąd stan chorego polepszał się z dnia na dzień, guzki blednąc pozostawiały po sobie żółtawo-brunatne plamki, przyskórek nad niemi złuszczył się całkiem, a po dalszych ośmiu dniach skóra powróciła do stanu prawidłowego, chory zaś, u którego jeszcze lekka puchlina odnóg dolnych się pojawiła, dnia 1 grudnia był zdrów w zupełności.

Gdzież się podział domniemany wrzód żołądkowy? Z pokorą muszę wyznać, że go wcale nie było. Krew w stolcu, wymiocinach, kurcz żołądkowy i gorączka były objawami należącemi do okresu zwiastunów rumienia. Że tak się rzecz miała, najlepszy dowód ten, że od chwili wystąpienia wysypki gorączka spadła, boleści ustały i krew się więcéj nie pokazała, przeciwnie gdyby u chorego był wrzód żołądkowy, to przecież żadną miarą w trzech dniach cały proces patologiczny nie mógłby się zakończyć. Na usprawiedliwienie mego błędu rozpoznawczego nadmienię, że żaden z autorów opisujących rumień wielopostaciowy nie wspomina nic o podobnych objawach [1]).

Ponieważ rumień wielopostaciowy nie tak często w praktyce się zdarza, przeto zachęcony rzadkością przypadków towarzyszących mojemu przypadkowi ośmieliłem się podać go do wiadomości kolegów. Literaturę do roku 1879 podaje Bernard, a z roku 1880 Auspitz (*System der Hautkrankheiten Wien)*. — W Przeglądzie Lekarskim z r. 1877 jest mały referat Obtułowicza o pracy Uffelmana z *Deut. Archiv. für klinische Medizin* XVIII o rumieniu guzowatym. Zresztą nie spotkałem się nigdzie w przystępnéj literaturze z opisem téj choroby przez polskiego autora.

Rumień przezemnie i kol. Weissa spostrzegany różni się od rumienia zwykle przebiegającego tém, iż widzieliśmy: 1) prawdziwy okres zwiastunów z dreszczem i gorączką trwającą przez dni trzy, 2) w tym okresie zwiastunów widzimy wymioty krwawe, krew w stolcu i kurcz żołądkowy, 3) od chwili wystąpienia rumienia spada gorączka i wszystkie objawy powyższe ustępują. O podobnych objawach żaden autor nie wspomina, widać zatém, że obserwacyje téj choroby jeszcze nie są zakończone i ostateczne słowo co do niéj nie wyrzeczone. Zdanie Zeissla, że w skutek wstrzyknięcia morfinu choremu na ból nerwowy wystąpił rumień, zdaje mi się być mylne, gdyż w naszym przypadku był także ból nerwowy, a bez wstrzyknięcia morfinu wystąpiła wysypka. Zdaje się raczéj, że ten ból nerwowy tak w przypadku Zeissla jak w naszym był tylko zapowiedzią rumienia. Na podstawie naszego przypadku oraz zapatrywań innych autorów (Landois, Lewin, Rosanelli), przychodzę do przekonania, że rumień wypocinowy polega na silném zaburzeniu nerwowém, a zatém jest przedewszystkiém chorobą nerwową, a przez zadrażnienie nerwów naczyniowych powstają przez przesiąkanie krwotoki, oraz wybroczyny krwawe w skórze i tkance podskórnéj; z chwilą zaś, gdy proces przesiąkania krwi w skórę i tkankę podskórną się zakończył, przestaje być chorobą nerwową i mamy wówczas już tylko zmiany w skórze bez ogólnéj choroby. Podobnie jak np. dur wysypkowy jest tylko objawem choroby ogólnéj. Że rumień jest chorobą nerwową, świadczy także i okoliczność, że go podczas cholery widywano.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Peters: **Die klimatischen Winterkurorte Central-Europas und Italiens.** Leipzig 1880.

Prof. Beneke: **Die sanitäre Bedeutung des verlängerten Aufenthaltes auf Norderney.** 1881.

(Dokończenie. Patrz Nr. 7).

Każda z wyż opisanych grup wymaga zdaniem autora zupełnie innego sposobu leczenia, zwłaszcza w początkach choroby. W ogóle mówiąc należy w przypadkach do pierwszéj grupy należących działać odwodząco, przemianę materyi przyspieszać, miejscową sprawę w płucach uśmierzać; należy tu dyjeta przeważnie roślinna, wody alkaliczne i muryjatyczne, łagodny klimat podalpejski itp. U suchotników drugiéj grupy leczenie powinno być pod każdym względem wzmacniające, a im dzielniéj pewien sposób leczenia zdoła wywrzeć działanie wzmacniające, na tém większą zasługuje uwagę i tém jest lepszy. Na pierwszém miejscu kładzie autor w tym względzie pobyt w powietrzu morza Północnego. Ma to być najdzielniejszy sposób leczenia ustrojowéj skłonności do suchot płucnych i całéj grupy t. zw. suchot zołzowych, podczas gdy dla suchot włókniakowych sposób ten jest bezwzględnie przeciwwskazany.

Wzmacniające działanie powietrza morza Północnego już *a priori* zdaje się być pożytecznem i racyjonalném, o ile u suchotników zołzowych, u których jeszcze przed rozwinięciem choroby znajdujemy często małe stosunkowo serce,

[1]) W jednym tylko przypadku przez Kaposiego spostrzeganym, powtarzały się peryjodycznie przez kilka miesięcy krwotoki nerkowe, poprzedzające wybuch rumienia wielopostaciowego.

wązki stosunkowo układ tętniczy, stosunkowo wielkie płuca a krótki przewód pokarmowy, jednym z pierwszych objawów klinicznych rozwijającej się choroby jest ogólny stan osłabienia, mała odporność względem wszelkich szkodliwości, niezdolność do pracy zwłaszcza cielesnéj, nędzne odżywienie ciała, często nawet pewien już właściwy stosunek poszczególnych części ciała do siebie *(habitus phthisicus)*. Czy ten stan ogólnego osłabienia polega na anatomicznych zmianach ustrojowych, lub téż na nieznanych zmianach w układzie nerwowym, następstwem których jest nieprawidłowe odżywienie, trudno rozstrzygnąć. Tyle pewna, że zniesienie owego ogólnego osłabienia jest pierwszym warunkiem do usunięcia grożącego niebezpieczeństwa. W tym celu żaden z czynników leczniczych nie jest tak dzielnym jak powietrze morza Północnego; działanie jego wzmacniające daleko jest korzystniejsze i silniejsze niż klimatu południowego, niż powietrza górskiego, niż pobytu w zakładach zamkniętych; najbliżéj niego co do dzielności w tym względzie postawić jedynie można przezornie stosowane zabiegi hydryjatryczne. Najważniejszém jest tu podniecenie czynności serca, polepszenie odżywienia i wzmocnienie mięśnia sercowego i mięśni oddechowych. Dotychczas mało wyzyskiwano w celach leczniczych u suchotników działanie powietrza morza Północnego; najwięcéj uczynili w tym względzie Anglicy w stacyjach południowego wybrzeża Anglii w Torquay, Bournemouth i Ventnor na Isle of Wight. Zwrócić ponownie uwagę świata lekarskiego na ten przedmiot, przekonać o pierwszorzędnéj użyteczności powietrza morza Północnego dla wielkiéj liczby suchotników jest zadaniem omawianéj broszury. Beneke już przed 32 laty przekonał się osobiście o leczniczéj wartości pobytu na wybrzeżach morza Północnego u chorych zołzowych a późniéj po kilkakroć zwracał na to uwagę lekarzy. Do niedawna jednakże polecał jedynie miesiące letnie i jesienne na pobyt dla chorych na Norderney; dopiero gdy zakłady w Görbersdorfie i Davos wykazały, że indywidua zołzowe i suchotnicze znoszą bardzo dobrze, a nawet z pożytkiem, znaczne stopnie zimna, przystąpił do prób i doświadczeń co do zimowego pobytu chorych piersiowych na powyższéj wyspie.

Dotychczasowe badania co do zdrowotnych i meteorologicznych stosunków na wyspie Norderney wykazały w streszczeniu co następuje. Śmiertelność ogólna w latach 1866—79 wynosiła 23·4 na tysiąc mieszkańców, między temi umarło na suchoty płucne 4.04% wszystkich zmarłych, czyli 8.69 na 10.000 żyjących. Częstość suchot płuc na Norderney równa się częstości téjże choroby na górach wyniosłych 1300—1499 metrów, przyczém nadmienić trzeba, że zajęcie mieszkańców wyspy (rybołostwo itp.) szczególnie ich do zapadania na chorobę tę skłaniać musi. Średnia ciepłota: w zimie + 1°R., na wiosnę 5.20, w lecie 12.59, w jesieni 7.75°R. Klimat morski przedstawia łagodniejsze zimy a chłodniejsze lata niż klimat stałego lądu. Ciśnienie powietrza wynosi średnio 756.50 milim., względna wilgotność powietrza 84.21. Znaczne ciśnienie powietrza a małe stosunkowo wahania ciepłoty sprawiają, że bezwzględna wilgotność powietrza jest bardzo jednostajną a dość wielką. Powietrze, wolne przez cały rok od wszelkich zanieczyszczeń, zawiera stosunkowo dużo ozonu. Kierunek wiatrów w jesieni i zimie przeważnie południowo-zachodni, mniéj często północno-zachodni.

Od czego zależy działanie „wzmacniające“ powietrze morza Północnego? Przypisywano je wilgotności powietrza, soli w niém się unoszącéj, ozonowi, jednostajnéj ciepłocie, czystości powietrza, silnéj grze światła na powierzchni morza, wspaniałości widoków na wybrzeżu morskiém itp. Według doświadczeń porównawczych Benekego działanie to zależy od wpływu ochładzającego powietrza na ustrój, czyli od siły prądów powietrza. Skutkiem szybkiéj utraty ciepła wzmaga się wewnętrzna praca ustroju a skutkiem wzmożonéj przemiany materyi odżywienie się poprawia, całe ciało się wzmacnia. Działanie powietrza morskiego jest więc to samo co i zabiegów hydryjatrycznych.

W drugiéj części broszury omawia autor stosunki miejscowego pożycia na wyspie Norderney, środki komunikacyjne, wykazuje konieczność licznych napraw co do odprowadzania ścieków i opadów meteorologicznych, dostarczenia wody do picia itp. Osobny ustęp obejmuje metodykę zastosowania powietrza wyspy Norderney do celów leczniczych, — o ile dotychczas metodyka taka istnieje.

Zaznajomienie się z treścią rozprawy Benekego nie powinno być bez korzyści, daje ona nam bowiem obraz odbywającego się zwolna przewrotu w pojęciach co do leczenia suchot płucnych. Przewrot ten rozpoczęła hydroterapija w wielu chorobach przewlocznych i ostrych; Goerbersdorf, Davos i Falkenstein wciągnęły w zakres leczenia hydryjatrycznego w klimacie zimnym różne postacie suchot płucnych, Kaczorowski w Poznaniu *(Die kalte Luft als Antipyreticum und Antisepticum. Deutsch. med. Wochensch.*, 1879, Nr. 2 i nast.) położył podwaliny pod racyjonalny sposób leczenia powietrznego chorób gorączkowych, — Beneke nareszcie stara się zwrócić dotychczasowy na południe zmierzający prąd suchotników ku wyspom morza Północnego. Przyszłość okaże, czego się po nowym tym przewrocie w terapii suchot płucnych spodziewać możemy. Bądźcobądź zdaje nam się być słusznem zdanie Rossbacha *(Die physikalischen Heilmethoden* 1881, I, str. 78) o leczeniu klimatycznem: „Nie klimat, lecz odpowiednie zachowanie się i odpowiednie leczenie w dobrym klimacie, jest rzeczą główną“. *Dr. Smoleński* (Jaworze).

Roy: **Przeznaczenie śledziony.**

Wiadomości nasze fizyjologiczne o śledzionie pozostają w tyle, mimo wszelkich dotychczasowych badań, za znajomością przeznaczenia reszty narządów w ustroju ludzkim. A i ta mała cząstka wiedzy, którą o śledzionie posiadamy, nie jest tyle owocem doświadczeń umiejętnych, ile anatomicznych badań i spostrzeżeń patologicznych. Fizyjologija zaś śledziony jest równie niedostateczną jak niepewną. Na szczególną przeto uwagę zasługuje nowa metoda doświadczeń zastosowana w pracowni Browna przez Dra Roya, zwłaszcza że odsłania nam fakta wielkiéj doniosłości, których przedtém zaledwie się domyślano.

Dr. R. dostrzegł, że zmiany w objętości jakiegoś narządu w ciele zwierzęcém wskazują nam bardzo dokładne warunki, w których się znajdują naczynia krwionośne narządu, tudzież ilość krwi w nich zawartą. Zarazem podał sposób równie dokładny jak zmyślny badania obiegu krwi w trzewach brzusznych, i modyfikowania onego w miarę potrzeby doświadczenia. Trudność zastósowania metody badania tego rodzaju do trzew brzusznych pokonał za pomocą przyrządu do mierzenia objętości, zwanego onkometrem. O ile powyższa metoda obserwacyi jest dokładną,

okazały badania nerki, dotąd jeszcze nieogłoszone. Zmiany w objętości tego organu dostrzegane w doświadczeniu, eksperymentator przedstawił graficznie wraz z ilością moczu, wydzieloną równocześnie. Ilość zaś moczu oznaczył w ten sposób, że każdą jego kroplę, wypływającą z nerki, sygnalizował mechanizm magneto-elektryczny. Pokazało się tedy, że wszelkie, choćby nawet bardzo nieznaczne, przyspieszenie czynności wydzielania moczu szło zawsze i niezmiennie w parze z równoczesném powiększaniem się objętości nerki: okoliczność wskazująca na rozszerzenie się naczyń krwionośnych w nerce. Otóż ten sposób obserwacyi R. zastósował do badania krążenia krwi w śledzionie. Tu atoli spostrzegł, że obieg krwi różni się w zadziwiający sposób od obiegu krwi w innych narządach. Naprzykład objętość nerki w zwykłych warunkach nie okazuje zmian z wyjątkiem nieznacznych, zawisłych od tętna i oddechu. Przeciwnie objętość śledziony pozostaje niezmienioną tylko przez czas bardzo krótki. Narząd ten bowiem ciągle się kurczy i rozszerza i to według pewnego rytmu. Zjawisko powyższe spostrzeżono dotąd na wszystkich zwierzętach badanych: psie, kocie i króliku. Śledziona więc przedstawia nam zupełny i niezawisły skurcz i rozkurcz. Najwyższy punkt skurczu wykazywał zmniejszenie się śledziony o 18%, czyli niespełna o $1/5$, objętości, znalezionéj następnie po śmierci. Szybkość ruchów podlega zmianom lecz tylko w granicach ciasnych. Czas trwania każdego skurczu i rozkurczu może razem wynosić $3/4$ do 2 minut, rytm zaś zmienia się zazwyczaj stopniowo tak atoli, że w przeciągu pół godziny nie przedstawia jeszcze znacznych różnic. Zmiany objętości bywają wybitniejsze, co oczywiście zależy od siły włókien mięśnych, które skurcz sprawiają.

Obieg krwi w śledzionie przedstawia nam różnicę znaczną w porównaniu z obiegiem w innych narządach. Jest on tu do pewnego stopnia niezawisłym od wpływu ciśnienia ogólnego krwi. Rysunek onkometru przedstawia naprzykład w zastósowaniu do nerek lub innych trzew falowate krzywizny, odpowiednie tętnu i oddechowi. Ze śledziony zaś nie okazuje żadnych krzywizn tętna, a krzywizny oddechu tylko w razie sztucznéj respiracyi i sprawionéj nią bardzo znacznéj zmiany w ucisku. Podobnież gdy za pomocą ucisku zamkniemy na chwilę tętnicę główną, onkometr wskaże nagłe zmniejszenie się objętości nerki; śledziona zaś zmniejsza się daleko powolniéj, a jeśli podtenczas jest w rozkurczu, wtedy jedynym objawem jest jego wstrzymanie. Ta względna niezawisłość śledziony od ogólnego krążenia wskazuje, że obieg krwi w śledzionie odbywać się musi w znacznéj części, jeśli nie wyłącznie, za pomocą rytmicznego skurczu gładkich włókien mięśniowych, znajdujących się w torebce i belkach.—Wpływ nerwów na skurcz śledziony objawia się rozmaicie. Najszybciéj działa bezpośrednie zadrażnienie ogniska naczynio-ruchowego w rdzeniu, wywołane chwilową asfiksyją. Szybkość sprawionego w ten sposób skurczu, porównana z opieszałém zmniejszeniem się objętości śledziony w skutek zamknięcia chwilowego tętnicy głównéj, wskazuje, że skurcz ten wytworzonym został za pomocą włókien mięśniowych śledziony a nie naczyń krwionośnych. Podobny skutek następuje po bezpośredniém zadrażnieniu rdzenia przedłużonego prądem elektrycznym, albo téż w drodze odruchowéj po zadrażnieniu nerwu czucia obwodowego lub dośrodkowego końca przeciętego nerwu błędnego. Jeśli atoli śledziona była podówczas w stanie skurczu, wtedy następuje skurcz przedłużony i wstrzymanie na pewien czas właściwych ruchów rytmicznych. Takowe rozpoczynają się dopiero wtedy, gdy śledziona powróci do pierwotnéj swéj objętości. Drażnienie każdego z obu nerwów trzewowych *(nn. splanchnici)* sprawia natychmiastowy skurcz śledziony. Przecięcie zaś tych nerwów nie sprowadza rozszerzenia narządu, o którym mowa. Drażnienie końca obwodowego nerwu płucno-żołądkowego *(n. pneumo-gastricus)* ma również podobny skutek. Jeśli jednak przetniemy tak oba nerwy trzewowe jak płucno-żołądkowe, wtedy zadrażnienie nerwu czucia sprawia taki sam skutek. Musi więc istnieć jeszcze piąta droga, dotąd nam nieznana, za pomocą któréj śledziona stoi w związku z centralnym systemem nerwowym. Przecięcie tak nerwu błędnego jak i obydwu brzusznych nie zakłóca wcale porządku w skurczach rytmicznych śledziony. Oczywistém jest więc, że ruchy te podtrzymuje i reguluje jakiś nerwowy przyrząd, zawarty w saméj śledzionie.

Zbytecznem jest uwydatniać doniosłość powyższych doswiadczeń. Wskazują one, że śledziona spełnia czynność, którą dotychczasowe mniemanie przypisywało wyłącznie sercu. Śledziona okazuje się w pewnym względzie oddzielném sercem. Jednakowoż trudno przypuścić, aby jedyném jéj zadaniem było regulowanie krążenia w własném wnętrzu. Krew ze śledziony wlewa się do żyły bramnéj. Od siły, z jaką ją śledziona wypycha, musi zależeć chyżość obiegu krwi w wątrobie. Śledziona przedstawia się więc poniekąd jako serce dla wątroby, pomagające w pewnym stopniu, choćby niewielkim lecz stanowczym, do przezwyciężenia trudności krążenia w naczyniach drobniejszych tego narządu, zanim się krew dostanie do ogólnego obiegu. *(The Lancet* II Febr. 1882). *Dr. Głowacki.*

Dr. J. Szpilman: **Spostrzeżenia dotyczące działania atropinu.**

Postrzeżenia różnych badaczów wykazały dziwne zjawisko, że niektóre alkaloidy (atropin, pilokarpin, fizostygmin, nikotyn) działają bardzo wybitnie na tęczówki ssaków, płazów i ryb, żadnego natomiast nie wywierają wpływu na tęczówki ptaków i gadów. Pozorne to przeciwieństwo w działaniu tych samych przetworów na jeden i ten sam narząd różnych zwierząt starano się tłumaczyć przypuszczając, że jedynie w różnéj budowie tęczówek należy szukać klucza do rozwiązania téj zagadki. Najbliższą myślą było tu pytanie: czy może mięśnie gładkie nie zachowują się w tym względzie odmiennie od mięśni prążkowanych. W celu rozstrzygnięcia téj kwestyi i uzasadnienia naukowego powyższego przypuszczenia wykonał Dr. Szpilman, w pracowni fizyjologicznéj szkoły weterynaryjnéj berneńskiéj, liczne badania nad wpływem atropinu na zachowanie się przełyku żab (mięśnie gładkie), królików (prążkowane), gołębi i kotów (mięśnie mięszane). Doświadczenia te, dokonane z wielką ścisłością naukową, doprowadziły autora do następujących wniosków:

Atropin nie działa na mięśnie prążkowane z wyjątkiem mięśnia sercowego.

W małych dawkach obniża pobudliwość włókien gładkich, w wielkich poraża, — jest zatém niejako kurarą dla tego rodzaju mięśni.

Zanim atropin porazi samą istotę włókien gładkich, działa najpierw porażająco na ostateczne końcówki nerwów doprowadzających, a prawdopodobniéj na domniemalne śródzwoiki nerwowe.

Atropin nigdy nie wpływa drażniąco na powyższe tkaniny i nigdy nie zwiększa ich pobudliwości. (Osobne odbicie z *Gaz. Lek.* 1881). *Dr. Smoleński* (Jaworze).

Dr. Herzog: **Równoczesny przebieg odry i płonicy.**

Równoczesny przebieg dwóch ostrych chorób osutkowych u tego samego osobnika nie należy do przypadków częstych, choć jest od dawna lekarzom znany. Nie dawno Dr. Chrostowski opisał (*Gazeta Lek.* 1881 Nr. 53) przypadek równocześnie przebiegającéj ospy i płonicy; podobny przebieg odry i płonicy podaje obecnie Dr. Herzog. Dotyczył on 8-letniego chłopca, u którego wśród rozwijających się przypadów nieżytu spojówkowego i oskrzelowego, zaczerwienienia błony śluzowéj gardła itd. wystąpiły na twarzy, czole, szyi i piersiach, mniéj na plecach i dolnéj części tułowia, bardzo liczne, drobne czerwone guzki i żółtawo-czerwone plamki, bledniejące pod uciskiem palca. Przytém lekki kaszel, kichanie, swędzenie skóry, śluzotok z nosa. Ciepł. 37.5—38·5° C. Na czwarty dzień ciepłota opadła do 37°, osutka twarzy, szyi i karku zaczęła blednąć, wieczorem zaś tego samego dnia wystąpiła silna gorączka (40°), bóle gardła, obrzmienie migdałów i śledziony. Następnego dnia obok osutki odrowéj pokazało się na dolnéj części brzucha, w pachwinach, na mosznach i górnych częściach ud drobnokropkowane różycowe zaczerwienienie skóry. Objawy zapalne ze strony gardła i spojówek wzmogły się, śledziona jeszcze bardziéj powiększona, nieżyt zaś oskrzelowy znikł zupełnie. Silne pragnienie i utrudnione połykanie. W następnych dniach osutka odrowa coraz więcéj bladła, osutka zaś płonicowa rozszerzyła się także na odnogi górne a na brzuchu, mosznach i udach okazywała gęste pęcherzyki wielkości główki, szpilki a nawet soczewicy, z treścią mętną, ropiastą. To samo uważano także na łukach podniebiennych, języczku i migdałkach. Następnie skóra twarzy szyi i piersi zaczyna się w drobnych blaszkach łuszczyć, pęcherzyki na dolnéj połowie tułowia zasychają i znikają, a występują natomiast nowe na odnogach górnych, a po części i na plecach. Odtąd skóra łuszczy się coraz więcéj, migdałki jeszcze silne obrzmiałe, na prawym powierzchowny wrzodzik wielkości grochu. Zwolna zapalenie gardła ustąpiło, chory wyzdrowiał.

O istnieniu płonicy nie można wątpić; wystąpiła ona równocześnie z nagłém podniesieniem ciepłoty 4go dnia choroby. Za odrą zaś przemawiają przypady nieżytowe oskrzeli i spojówek, osutka guzkowa i otrębiaste łuszczenie. *(Berlin. klin. Woch.* 1882 Nr. 7). *Dr. Smoleński* (Jaworze).

L. Martineau: **O leczeniu kiły podskórnemi wstrzykiwaniami peptonu amoniako-rtęciowego.**

Z wielkiém powodzeniem leczył autor tym przetworem 172 chorych. Dawka dzienna wynosiła od 2—10 miligrm. rtęci, używał zaś następnego rozczynu:

Rp. Pepton. pulver. 9.00
Ammon. chlor. 9.00
Hydrargr. bichl. corr. 6.00
solve in
Glycerini puri 72.00
Aq. destillat. 24.00
dein filtra.

Rozpuściwszy 5.00 téj mięszaniny w 25.00 przekroplonéj wody otrzymamy na jednę wstrzykawkę Pravatza, zawierającą 1.20 grm. płynu, 10 mlgrm. sublimatu. Płyn ten nie ulega zepsuciu, a chociaż po dłuższém staniu utworzy się zmętnienie, to znika po zamąceniu, nie zmieniając zupełnie działania leku.

Ze znacznéj liczby historyj chorób zestawił autor następne wyniki:

1) Rozczyn peptonu amonijako-rtęciowego *(peptone mercurique ammonique)* wstrzyknięty w tkankę podskórną nie sprawia ani bólu ani zapalenia.

2) Ślinotok nie powstaje nawet po dłuższém używaniu, chyba że już przed tém było nieżytowe zapalenie bł. śluzowéj jamy ust.

3) Wstrzykiwania te nie sprawiają nigdy zaburzeń w trawieniu, nie przeszkadzają również równoczesnemu użyciu innych leków potrzebnych do łagodzenia powikłań.

4) Wstrzykiwania górują nad innemi metodami leczenia kiły pewnością i szybkością skutku. Za przykład podaje autor ciężarną, która wyleczona tym sposobem z kiły, porodziła zdrowe dziecko, nieokazujące nawet po kilku miesiącach żadnych śladów kiły dziedzicznéj. Wstrzykiwania są skuteczne w każdym okresie kiły.

5) Dowodem, że pepton rtęciowy wessanym został, jest jego obecność w moczu.

Autor używał jeszcze tego leku w następnéj formie:

Rp. Pepton. merc. ammmon. 1.00
Aq. destill. 200.00
Glycerin. 500.00
S. Dziennie 1—2 łyżeczek.

Jedna łyżeczka zawiera 0.005 sublimatu. Smak tego leku przyjemny, działanie również pewne. Wstrzykiwania podskórne jednak zasługują, zdaniem autora, na pierwszeństwo. *(L'Union med.* Nr. 145—171). *Dr. Murdzieński.*

Dr. Förster: **O użyciu łaźni ruskiéj w zacieśnieniu dróg oddechowych skutkiem dławca i błonicy.**

Pomyślne skutki wziewań pary wodnéj, skłoniły autora do zastosowania tego środka leczniczego w większym rozmiarze. Zachęcony pierwotnie kilku pomyślnemi skutkami łaźni ruskiéj w praktyce prywatnéj, urządził autor następnie w szpitalu dla dzieci w Dreźnie obok sali dla chorych na błonicę łaźnię parową. W domu prywatnym można również taką łaźnię urządzić, zasłaniając część pokoju dokładnie i szczelnie kocami, tak, aby tylko z jednéj strony był wolny przystęp. W ogrodzonéj tym sposobem przestrzeni siada ktoś z dzieckiem, następnie w ustawioném przy wejściu wiadrze zanurza się rozpalone żelaza. Ciepłota podnosi się do wysokiego stopnia, tak że lekarz powinien być przynajmniéj po raz pierwszy obecny.

Na 179 chorych dzieci na błonicę zmarło w szpitalu drezdeńskim 93 czyli 51%, tłumaczy to jednak autor bardzo słusznie tém, że do szpitala przybywają zazwyczaj dogorywające dzieci, jedynie w wykonaniu operacyi ratunku szukając, którą też w 72 przypadkach wykonać musiano

Łaźnie ruskie stosowano 129 razy w 43 różnych przypadkach, z początku po godzinie trwania, następnie po pół godziny; cieplota wynosiła od 30—38°R.

Używano łaźni w przypadkach znacznéj duszności, w zupełnym prawie bezgłosie. Zazwyczaj można było widzieć wypocinę w przełyku, a chorobie najczęściéj towarzyszył białkomocz. Wprawdzie zaledwie parę przypadków skończyło się wyzdrowieniem. przyczyną tego jednak było dłuższe trwanie choroby, tak że po większéj części musiano wykonać natychmiast rozcięcie tchawicy, zanim o łaźni pomyśleć było można. Po wykonaniu rozcięcia tchawicy, gdy się objawy zacieśnienia dróg oddechowych wzmogły, użycie łaźni

bywało prawie zawsze bezskuteczne (1 skutek pomyślny na 13).

Najstosowniejszą porą użycia łaźni ruskiéj jest sam początek zacieśnienia dróg oddechowych. Przeciwwskazanie stanowią: znaczne osłabienie, liche tętno, wysoka ciepłota ciała. Ciepłota bowiem podnosi się zazwyczaj w łaźni o 1/2 a nawet do 2 stopni, jakkolwiek niebawem, po godzinie, do pierwotnego stanu powraca. Innych niekorzystnych przypadów nie bywa, wydarzyły się wprawdzie raz drgawki, te jednak czasami chorobie saméj towarzyszą. Tu i owdzie zwiększyła się duszność, lecz również przemijająca. W większéj ilości przypadków można było już w saméj łaźni spostrzedz znaczną ulgę, oddech stawał się swobodniejszy, odrywanie się błon i wykrztuszanie łatwiejsze. W pomyślnym toku leczenia używały dzieci od 2—31 łaźni parowych, dzienna liczba dochodziła zazwyczaj do 4ch.

Jakkolwiek autor przyznaje, że skąpe to jeszcze wyniki pomyślnego leczenia używanym przez niego sposobem, uwzględnić jednak trzeba, że stosując łaźnię zaraz w początku choroby, można będzie lepszy procent osiągnąć, tém mniéj zaś tym wątłym wynikiem zrażać się nie można, o ile że groźne te choroby urągają dotychczas najdzielniejszym specyfikom. W końcu przytacza autor kilka historyj chorób z ciężkiemi przypadami, które jedynie tylko łaźnią parową leczone, pomyślnym skutkiem uwieńczone zostały. *(Jahrb. d. Kinderhlknd.* XVIII B. 1 H). *Dr. Murdzieński.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) **Bromek potasu skutecznie działa w leczeniu padaczki**, jak to przed kilku laty wykazały sprawozdania Legranda du Saulle i Voisina, którzy spostrzegali na 369 chorych 207 przypadków wyleczenia lub polepszenia. Dr. Ferrand podaje nowych 89 spostrzeżeń Legranda du Saulle; dla wyjaśnienia wpływu bromku potasu porównywano stan chorego w roku, który poprzedził używanie tego leku, z rokiem, w którym chory odbył kuracyję bromową; u 12 chorych (13%) napady padaczki ustały, u 51 (57%) nastąpiło wybitne polepszenie, u 10 (12%) nie zauważano polepszenia lub nastąpiło pogorzenie. Ferrand zaleca nie przekroczyć dawki dziennie 5—6,0 u kobiet i 6—8,0 u mężczyzn. Po roku leczenia bromkiem potasu środek ten autor poleca stósować w następujący sposób: w ciągu pierwszych trzech miesięcy podaje się go tylko 6 dni w tygodniu, następnie pięć dni itd., tak że w końcu drugiego roku chory zażywa bromek potasu tylko trzy razy na tydzień. Na osutkę bromową skutecznie działają przetwory arsenu, przeciw osłabieniu pamięci Ferrand poleca kawę. *(Neurolog. Centralbl.* styczeń 1882 r).

△ **Połowiczy ból głowy** *(Migrena, Hermicrania)*, na który osobliwie kobiety często cierpią, wedle spostrzeżeń prof. Heckera w Monachijum ma swą przyczynę w ostrém zatruciu ustroju gazami własnych kiszek (kw. siarkowodowy). Osoby skłonne do takiego bólu powinny, zwłaszcza wieczór, starannie unikać potraw wzdymających (np. świeżego chleba czarnego, jaj na twardo, ziemniaków, młodego piwa itd., a w takim razie rzadziéj doznawać będą połowiczego bólu głowy. *(Gesundheit* 1882, Nr. 1).

IV. Teoryje zjawisk hypnotycznych i magnetycznych.

Wykład streszczony Doc. Dra Ochorowicza miany we Lwowie na posiedz. Tow. Lek. Gal. z d. 28go stycznia 1882.

Teoryje, dotychczas ogłoszone, dają się ugrupować w dwie główne kategoryje: psychologicznych i fizycznych. Pierwsze poprzestają na czynnikach natury podmiotowéj, ostatnie przypuszczają udział sił natury. W każdéj z tych grup można nadto rozróżnić dwie inne, i tym sposobem ogół teoryj rozpada się na 4 kategoryje. Do 1széj należą te, które wszystko tłumaczą za pomocą wyobraźni, nadając jéj różne formy w skupieniu uwagi, w naśladownictwie, oczekiwaniu czegoś niezwykłego itp. Z nowszych autorów należą tutaj Moebius, Berger i kilku innych. Prelegent niezmiernie wysoko ocenia potęgę wyobraźni, dzieląc ją na świadomą i bezwiedną, a zwłaszcza w téj ostatniéj widzi czynnik zdolny wpływać na funkcyje i procesy nawet od woli całkiem niezależne; ale mimo to sądzi, że fakta działania bez wiedzy osoby, poddanéj doświadczeniu, we śnie prawdziwym, na zwierzętach itp. dowodzą niedostateczności téj teoryi, zarówno jak i zgodność wyników, otrzymywanych w różnych krajach na osobach, które nigdy o hypnotyzmie nie słyszały.

Druga grupa teoryj przypuszcza obok wyobraźni działanie podrażnień zmysłowych, wzroku, słuchu lub dotyku ale odrzuca działanie sił fizycznych, elektryczności lub magnetyzmu. Tu należą z nowszych Haidenhein, Bäumer, Preyer i inni. Prelegent wykazuje ich zasługi, ale twierdzi, że teoryja ta zupełnie prześlepia różnicę pomiędzy zwykłą hypnozą a snem magnetycznym, i tego ostatniego wcale nietłumaczy, zarówno jak i działania magnesu, które miało mieć miejsce bez dotykania i bez wiedzy osoby doświadczanéj. Wspominając o uwagach Dra Grodeckiego, (p. Przegląd Nr. 1 z r. 1882), który powątpiewa o odrębności snu magnetycznego, prelegent twierdzi, że należy tylko rozszerzyć liczbę doświadczeń, a niewątpliwie znajdą się przypadki czystego snu magnetycznego, w którym uśpiony słyszy tylko magnetyzera i tylko przez niego może być obudzonym. W tych przypadkach stwierdza się także działanie ręki z odległości, które nie zawsze do bodźców dotykowych (ruchy powietrza) daje się sprowadzić.

Trzecia grupa teoryj uwzględnia oprócz powyższych przyczyn działanie sił fizycznych znanych: ciepła zwierzęcego (Puységur), elektryczności statycznéj (Weinhold), prądów galwanicznych (Richet) i magnetyzmu (Maggiorani). Ten udział nie ulega wątpliwości, i prelegent opisuje tu swoje poszukiwania, które dowodzą, że ciało ludzkie jest stale elektrycznem ujemnie, w stopniu większym lub mniejszym, że w cierpieniach nerwowych napięcia miejscowe zmieniają się, i że mogą być doprowadzone do prawidłowéj równowagi działaniem ręki tak samo jak działaniem magnesu, słabych, ale koniecznie słabych, prądów indukcyjnych lub stałych, metaloskopii, fotoskopii itp. Pocieraniem ręki można elektryzować ujemnie ciała martwe, i wtedy np. karta papieru będzie przez rękę odpychaną, a nawet przy odpowiednich warunkach może być wprawioną w ruch obrotowy. Osoby sensytywne w wyższym stopniu czują, gdy magnetyzer dotyka sznura, pręta lub rzemienia, trzymanego przez nie w ręku. Podobnież wiele innych faktów stwierdza rzeczywiste działanie jakiegoś czynnika fizycznego. Zachodzi tylko pytanie, czy jest nim którakolwiek z sił znanych, lub też nowa i dotychczas nieznana?

Czwarta grupa teoryj opiera się na tém ostatniém przypuszczeniu. Tu należą teoryje płynu magnetycznego, wznowione przez Mesmera i jego następców, teoryja odu Reichenbacha i teoryja siły nerwowéj Baretyego. Co do pierwszéj, prelegent uważa ją za nieodpo-

wiednią dzisiejszym pojęciom naukowym. Co do drugiéj, próbne jego doświadczenia nie wydały dotychczas pozytywnych rezultatów. Co do trzeciéj potwierdza niektóre dane, powątpiewa o innych. W ogóle sądzi, że, jeżeli dotychczas nie zgodzono się w nauce na jedną zasadę, to dla tego, że mięszano różne zjawiska, wynikające z różnych przyczyn i ktorych tém samém jedna zasada objaśniać nie może. Prelegent rozróżnia: 1) Katapleksyję ogólną lub częściową (zjawiska, wywołane rodzajem przestrachu), 2) Ideoplastyję (zjawiska, wywołane samém wyobrażeniem skutków mających nastąpić,) 3) Hypnotyzm (odurzenie senne, wywołane przez zmęczenie zmysłu i nieruchomość ciała obok wytężenia uwagi); wreszcie 4) Magnetyzm (polegający na fizyczném działaniu jednego ciała na drugie). W tym ostatnim prelegent nie przypuszcza żadnéj nowéj siły, ale motywuje zdanie, iż elektryczność zwierzęca w minimalnych napięciach okazuje nowe, dotychczas w nauce nieznane, własności, które nawet mogą przybierać odcień indywidualny. Odmiany téj siły minimalnéj występują przy zbliżeniu ręki, magnesu, metali, przyrządów indukcyjnych, światła, ciepła a nawet dźwięku, i zdolne są o wiele skuteczniéj przywracać naruszoną równowagę nerwową, niż stosunkowo silne środki, dotychczas używane.

Listy z Paryża.

III.

(„L'Hôtel-Dieu." — Szpital da la Pitié. — Jego oddziały. — Wziewania kwasorodu.

Szpital „L'Hôtel-Dieu" jest jednym z najnowszych szpitali paryzkich, oddanym bowiem został na użytek publiczny w r. 1877. Dawny szpital tego nazwiska znajdował się na lewym brzegu Sekwany, gdzie jeszcze dziś pewną jego część, w któréj obecnie pralnie pomieszczono, widzieć można. Był to najstarszy ze wszystkich szpitali paryzkich, miał być bowiem założonym jeszcze w r. 660 przez biskupa paryzkiego Landry i zwanym był wówczas szpitalem św. Chrystofora, jak dowodzą akta z tych czasów. „Domem bożym" (l'Hôtel Dieu) nazwał go po raz pierwszy Ludwik VII, w r. 1157 składając na jego utrzymanie i rozszerzenie nowe fundusze. Odtąd szpital ten rozszerzano coraz to więcéj przybudowując nowe, lub przyłączając sąsiednie stare budynki. Naturalnym skutkiem tego było, że szpital ten nie mógł odpowiadać swemu zadaniu. To też kiedy liczba szpitali w ogóle się podniosła i ustała obawa przeludnienia ich w razie zamknięcia tego dawnego i nieodpowiedniego lecz obszernego budynku, przystąpiono zaraz do wybudowania na wyspie Sekwany nowego szpitala, który celowi swemu o wiele lepiéj odpowiada, jakkolwiek jest mniejszy od dawnego.

Nowa ta budowa wraz z urządzeniem wewnętrzném kosztowała czterdzieści milijonów franków. Jak już w jednym z poprzednich listów nadmieniłem, rozkład główny tego szpitala ma wielkie podobieństwo ze szpitalem Lariboisière, opisanym poprzednio; ponieważ jednak wybudowanym został przeszło dwadzieścia lat później, przeto zaprowadzono tu już i w planie głównym i w szczegółach pewne, choć nie zbyt znaczne, ulepszenia, z których najważniejszém jest, że liczba chorych na każdéj sali jest mniejszą, bo nie przechodzi trzydziestu; za to powiększono liczbę sal chorych umieszczając je nie tylko w pawilonach, lecz także i w skrzydłach łączących pojedyncze pawilony między sobą.

Zakład ten pod każdym względem wzorowo urządzony ma dla uczniów medycyny ogromne znaczenie: znaczna ilość sal wykładowych, amfiteatrów, sal operacyjnych, pracowni kliniczno-chemicznych, histologicznych, daléj bogato uposażone gabinety i zbiory, ułatwiają znacznie studyja dając sposobność widzenia wszystkiego i z blizka. Co więcéj: oddział wewnętrzny zastępcy profesora (agrégé) p. Hérarda poświęcony jest prawie wyłącznie na naukę perkusyi i auskultacyi. Tu wreszcie umieszczoną jest klinika chorób ocznych prof. Panas, jedyna klinika okulistyczna Wydziału lekarskiego paryzkiego. Procz tego pomieszczone tu są: klinika chirurgiczna prof. Richeta, klinika chorób wewnętrznych prof. G. Sée, daléj oddział chirurgiczny p. Cusco i oddziały chorób wewn. pp. Culmont, Frémy, Moutard-Martin i Empis.

Bywając przez trzy tygodnie głównie w klinice prof. Sée, a po części i na innych oddziałach, nie miałem sposobności widzenia tu czegoś więcéj zajmującego, coby i dla czytelnika mogło budzić pewne zajęcie. Oglądnąwszy więc tutejsze pracownie i zbiory zaniechałem dalszego tu bywania.

Hôpital de la Pitié, w którym teraz z kolei bywać zacząłem, leży tuż obok słynnego Jardin des plantes. Wybudowany częściowo jeszcze w r. 1612 i następnie rozszerzony i ulepszony stopniowo nie zasługuje on jako budynek szpitalny ani pod względem rozkładu ani pod względem urządzenia wewnętrznego na opis więcéj szczegółowy. Natomiast kierowników pojedyńczych oddziałów nie można pominąć milczeniem, zwłaszcza że niektórzy z nich zaliczani być słusznie muszą do tutejszych znakomitości.

Klinika chirurgiczna tego szpitala prowadzoną jest bardzo dobrze przez prof. Verneuila. Jest to jeden z najzręczniejszych i najzdolniejszych chirurgów tutejszych, a zarazem jeden z najlepszych profesorów chirurgii, zalety, które stosunkowo rzadko równocześnie u jednego człowieka znaleść można. Zamiłowany w swym fachu pojmuje go jednak poważnie, operuje ręką pewną, szybko i zręcznie a zawsze według powziętego planu; każde cięcie, każden szczegół operacyi, uzasadnia i tłumaczy uczniom jasno a zwięźle. Wykład jego prawie nigdy nie jest czysto teoretycznym, zawsze dotyczy przedstawionego równocześnie chorego, lecz z drugiéj strony nie ogranicza się li tylko do tego przypadku, ale podaje równocześnie dotyczące zboczenia i odmiany. Dodajmy do tego zalety jego osobiste, tj. uprzedzającą grzeczność, żartobliwość i wesołość prawie nieustającą, a pojmiemy, czemu jego sale wykładowe i kliniczne zapełnione są prawie zawsze uczniami i przybyszami z obczyzny.

Klinika chorób wewnętrznych prof. Lasègue nie dała mi dotąd sposobności do uczynienia uwag podobnych; wykład jego ciężki a czczy, właściwe niektórym lekarzom zatrzymywanie się z upodobaniem przy każdéj Coprostasis i aż nadto wyczerpujące tłumaczenie i przyczyn i skutków,— ot i prawie wszystko, zresztą nie wiele więcéj. Musiał to być jednak w swoim czasie człowiek i zdolny i pracowity, gdyż nazwisko jego spotyka się stosunkowo dość często w literaturze lekarskiéj francuzkiéj.

Oddział chorób wewnętrznych prof. Petera, do którego dołączoną jest jedna sala jako oddział położniczy tego szpitalu, jest stosunkowo mało uczęszczanym przez uczniów. Przyczyną tego jest zapewne ta okoliczność, że prof. Peter nie miewa przy łóżku chorego obszerniejszych wykładów objaśniających dany przypadek; dopiero w letniém półroczu

wykłada on medycynę wewnętrzną li teoretycznie. Za to dla lekarza, który tego obszernego wykładu nie potrzebuje, który z zasadami nauki dostatecznie jest obznajomiony, dla tego, mówię, dość cennemi są te krótkie, prawie lapidarne zdania, jakie prof. Peter od czasu do czasu przy łóżku chorego wypowiada.

Na tym oddziale miałem sposobność robienia spostrzeżeń nad zastosowaniem wziewań kwasorodu. Prof. Peter zaleca je w ogóle w tych przypadkach, gdzie przemiana pierwiastków odbywa się zbyt wolno, lub gdzie objawy chorobowe każą się domyślać zmienionego składu krwi; wreszcie w przypadkach silnych i uporczywych wymiotów z jakiéjkolwiekby one pochodziły przyczyny. Idąc za dwoma pierwszemi ogólnemi wskazaniami zastosowuje on wziewania kwasorodu w anemii, blednicy, białaczce, konwalescencyi po ciężkich chorobach, zwłaszcza jeżeli stanom tym towarzyszy znaczna drażliwość przewodu pokarmowego, brak apetytu, nudności, wymioty, rozwolnienie itp.; daléj u osób okazujących pewne dyskrazyje lub dyjatezy, jak *scrophulosis*, dyjatezy dające powód do tworzenia się kamieni moczowych, zanik ostry wątroby, uremija, zatrucia itd. Ja sam miałem sposobność obserwować skutki wziewań kwasorodu tylko u anemicznych i chlorotycznych kobiet. Skutki te były następujące: przedewszystkiém ustępowały przykre przypady ze strony przewodu pokarmowego; nudności i wymioty ustępowały, apetyt powracał, trawienie było należyte, — co umożliwiało podawanie pożywek w ilości potrzebnéj do podtrzymywania sił chorych. Skutki dalsze są jednakie u tych chorych, jak i u owych, którzy nie doznawali przedtém tych zboczeń w trawieniu, a mianowicie: odżywienie polepsza się, ciężar ciała się zwiększa, przemiana pierwiastków odbywa się o wiele szybciéj, jak o tém ze znacznie zwiększonéj ilości mocznika w moczu wnosić można. Ilość ciałek czerwonych krwi zwiększa się; lecz nie zawierają one więcéj hemoglobiny, chyba że równocześnie podawano przetwory żelaza. Chorzy więc przychodzą zupełnie do sił i do zdrowia; stan ten jednak nie jest trwałym i już po jednym lub paru miesiącach od czasu zaprzestania wziewań stan ten pogarsza się na nowo, jeśli chorym nie podawano równocześnie z wziewaniami kwasorodu przetworów żelaza oczywiście w tym okresie polepszenia, kiedy już stan przewodu pokarmowego na to pozwalał.

Ilość kwasorodu, jaką chorzy w przeciągu jednego dnia wziewać mogą, jest różna; z początku podaje się od 15—25 litrów i stopniuje następnie do czterdziestu.

Paryż w lutym 1882. *Dr. Gwiazdomorski.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 12—18 lutego ogólna śmiertelność w Krakowie spadła z 34,4 na 31,3 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 3 (3 z. t.); z odry 0 (1 z. t.); z błonicy 2 (0 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach ospy, 4 odry, 3 krztuśca, 1 duru brzusznego, 32 duru osutkowego (12 z kryminału, z I obwodu 2, z II obwodu 7, z III obwodu 7, ze wsi sąsiednich 4). W tygodniu od 15 do 21 stycznia ospa w Londynie utrzymywała się w jednakowém nasileniu. Leczyło się w szpitalach 533, zapadło świeżo 75, umarło 20. W Wiedniu umarło z ospy 14, w Budapeszcie 15, w Paryżu 21, w Petersburgu 5, w Warszawie 30. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 18. Sporadycznie pojawia się dur osutkowy w Budapeszcie, Amsterdamie i w miastach hiszpańskich. Odra złagodniała w Londynie i Chrystyjanii a groźniéj wystąpiła w Wiedniu i w Warszawie. Z cholery umarło w Kalkucie od 4—10 grudnia 101 osób, w Bombaju od 21—27 grudnia 28. W Rio de Janeiro umarła 1 osoba z febry żółtéj od 16 do 30 listopada.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 15—21 stycznia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 34,4; w Poznaniu 29,4; w Wiedniu 30,7; w Budapeszcie 37,5; w Pradze 34,5; w Tryjeście 36,5; w Berlinie 23,9; w Wrocławiu 30,5; w Gdańsku 26,8; w Dreznie 23,6; w Lipsku 25,1; w Mnichowie 36,4; w Bazylei 24,1; w Paryżu 27,5; w Brukseli 25,8; w Amsterdamie 25,2; w Hadze 28,7; w Londynie 22,8; w Kopenhadze 29,0; w Stokholmie 22,1; w Chrystyjanii 25,6; w Petersburgu 34,9; w Odesie 29,3; w Wenecyi 30,9; w Bukareszcie 24,7; w Aleksandryi 30,9; w Bombaju 31,5.

J. B.

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 marca. Wydział lekarski U. J. rozpisał konkurs na posadę demonstratora przy katedrze patologii ogólnéj.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze!

Przed paru tygodniami otrzymałem wiadomość, iż Zarząd główny państwa Tenczyńskiego, własności JW. hr. Potockich, postanowił zakład zdrojowy wód siarczanych w Krzeszowicach, przed kilku laty znacznym nakładem odnowiony, i odpowiednio do dzisiejszych wymagań nauk urządzony, pod jak najkorzystniejszemi warunkami oddać w celu samodzielnego prowadzenia lekarzowi, któryby zechciał zająć się tém przedsiębiorstwem i takowe prowadzić umiejętnie, aby wody krzeszowickie krajowi mogły przynosić pożytek. Położenie Krzeszowic o trzy mile od Krakowa, przy kolei żelaznéj, któréj stacyja znajduje się w miejscu, oraz inne warunki miejscowe, przemawiają za tém, że tego rodzaju przedsiębiorstwo obok pożytku dla cierpiących i dla przedsiębiorcy mogłoby stać się korzystném.

Upraszając szanowną Redakcyję Przeglądu Lekarskiego, czytanego z małemi wyjątkami przez wszystkich lekarzy krajowych, o zamieszczenie téj wiadomości, dodaję, że adres zarządu jest

Zarząd główny dóbr i interesów JW. hr. Potockiego w Krzeszowicach. (St. kol. żel.) pod Krakowem.

Łączę wyrazy poważania i koleżeńskiéj życzliwości.

Kraków 27 lutego 1882. *Dr. Wł. Ściborowski.*

* **Graz**. Na opróżnioną katedrę anatomii opisowéj Wydział lekarski przedstawił 3 kandydatów: Prof. Zukerkandla we Wiedniu, Dr. Holla w Inspruku i Dr. Eberstallera, asystenta w Gracu. Nie ulega wątpliwości, że nominacyja prof. Zukerkandla niebawem nastąpi.

Na opróżnioną zaś po Kundracie posadę prof. anatomii patologicznéj wymieniają jako kandydatów: Docentów Chiarego i Weichselbauma w Wiedniu oraz prof. Eppingera w Pradze.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktora w. nauk lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Leopold Schneeder, rodem z Mielnicznego w Galicyi.

* **Nekrologija**. D. 25 lutego umarł we Lwowie skutkiem przejechania Dr. Szczęsny Maciejowski, b. lekarz sztabowy wojsk polskich, ozdobiony krzyżem wojskowym *virtuti militari*, b. prezes Towarzystwa lekarzy galicyjskich i b. członek rady m. Lwowa, w 83 roku życia. Urodzony d. 15 maja 1799 w Jarowcach w obwodzie sanockim w Galicyi, ukończył gimnazyjum w Przemyślu, filozofiję we Lwowie, medycynę we Wiedniu, gdzie dn. 3 czerwca 1826 r. uzyskał dyplom doktora. Przez lat parę bawił za granicą, zwłaszcza w Paryżu, w r. 1831 był kierownikiem szpitala wojskowego w Warszawie; od r. 1832 stale osiadł we Lwowie, gdzie w r. 1867 założył Towarzystwo lekarskie i przez 2 pierwsze lata był jego prezesem; do r. 1872 był radzcą miejskim. Cześć jego pamięci!

D. 26 lutego wieczór umarł w Krakowie znany chemik Dr. Julijan Grabowski, profesor i przełożony oddziału chemicznego w tutejszym zakładzie techniczno-przemysłowym. Urodzony w r. 1848 po ukończeniu szkoły głównéj warszawskiéj pracował w Berlinie, a ztamtąd razem z prof. Bayerem udał się do Strasburga jako jego asystent. Ze Strasburga przybył do

Lwowa jako docent chemii w Uniwersytecie a w r. 1877 mianowany został profesorem w Krakowie. Nie tu miejsce pisać o zasługach naukowych Grabowskiego, mało co bowiem miały wspólnego z medycyną, a jednak nie podobna nie dać wyrazu bólowi powszechnemu z powodu przedwczesnéj śmierci zdolnego pracownika, zacnego obywatela, a skromnego człowieka. Od lat kilku był radcą miejskim i członkiem komisyi sanitarnéj, przedewszystkiém zaś gorliwym nauczycielem i badaczem. Zgasł w młodym wieku; od czasu gdy podczas pożaru w Strasburgu, zajęty niesieniem pomocy doznał był ciężkiego uszkodzenia, był ciągle cierpiącym; rzec więc można, że miłość ku bliźnim przypłacił drogiém dla nas życiem swojém. Cześć pamięci zacnego i zdolnego męża!

D. 27 lutego umarł w Krakowie po kilkodniowéj chorobie jeden z młodszych i zdolniejszych wychowańców naszego Uniwersytetu, Dr. Edward Cozel, lekarz praktykujący w Stanisławowie, licząc lat zaledwie 26.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

w *Medycynie* Nr. 7: Stankiewicza: Przepuklina pachwinowa uwięziona, zgorzel kiszki, wycięcie 20cm. takowéj, szew kiszkowy (dok.); Brunera: Przypadek wyleczenia róży wstrzyknięciem podskórném morfiny; w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 8: Kotłubaja: Zmiany anatomiczne ślinianek po podwiązaniu przewodów Stenona i Whartona (z pracowni prof. Brodowskiego); Sokołowskiego: W sprawie leczenia klimatem swojskim.

Do Nru niniejszego dołącza się dla Członków Tow. lek. gal.: Sprawozdanie Rady zawiadowczéj Tow. lek. gal. za r. 1881.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 11 marca 1882. Nr 10. Rok XXI.

I. O śródbłoniakach i ich stosunku do raka.

Podał prof. **Browicz**.

(Wykład na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 15 lutego 1882).

W roku 1869 wprowadził Golgi (referat w Archiwie Virchowa t. 51, p. 311) do nomenklatury anatomiczno-patologicznéj nazwę śródbłoniaka *(endothelioma)* odnosząc ją przedewszystkiém do nowotworu opony twardéj mózgowéj znanego pod różnemi mianami, jak np. *tumor fibroplasticus v. sarcomatosus* Leberta, *psammoma* Virchowa, *sarcome angiolithique* Cornila i Ranviera, *epithelioma* Robina. Golgi wykazał, iż nowotwór ten rozwija się z komórek t. zw. śródbłonkowych (*endothelium*), wchodzących w skład naczyń i pokrywających oponę. Nazwą śródbłonka oznaczamy, jak wiadomo, według Hisa (*Die Häute und Höhlen des Körpers* Basel 1865 p. 18), komórki pokrywające i wyścielające błony surowicze, torebki stawowe, torebki maziowe, wewnętrzną powierzchnię układu naczyniowego, jakotéż komórki tworzące ściany naczyń włosowatych tak krwionośnych jakotéż limfatycznych. Podobne komórki wchodzą w skład tkanki łącznéj jako t. zw. śródbłonkowate *(endothelioid)*. Według Hisa śródbłonek powstaje z téj saméj histologiczno-fizyjologicznéj grupy komórkowéj, z któréj powstaje między innemi tkanka łączna w ogóle. Nie wchodzę tu bliżéj w kontrowersyje, jakie istnieją między badaczami co do genetycznéj różnicy między przybłonkiem a śródbłonkiem. Ranvier np. *(traité technique* p. 233) odrzuca wprost owe odróżnienie genetyczne przez Hisa wprowadzone i oznacza wszystkie powłoki błon komórkowe, które są jednowarstwowe, bez względu z jakiéj grupy histologiczno-fizyjologicznéj pochodzą, jako śródblonki. Różnice morfotyczne jakotéż znaczenie fizyjologiczne niemniéj odmienny udział w sprawach patologicznych, (że wspomnę tu tylko o udziale tychże śródbłonków w sprawie t. zw. organizowania się zakrzepu w naczyniach), dają pokładom śródbłonkowym, zdaje mi się, odrębny charakter w obec innych grup komórkowych.

Wracając do właściwego tematu zaznaczyć mi wypada, iż już przed Golgim, bo w r. 1864, zwrócił Recklinghausen uwagę *(Arch. f. Ophthalm.* B. 10, p. 71), opisując nowotwór oczodołowy, na możebość wytwarzania się pasm i ognisk komórkowych wejrzenia przybłonkowego z śródbłonka naczyń limfatycznych.

Odtąd zwrócono uwagę na ten szczegół w histogenezie nowotworów i w literaturze spotykamy szereg [1]) przypadków nowotworowych, których początek odnoszą autorowie z mniejszą lub większą pewnością do śródbłonkowych pokładów przedewszystkiém naczyń limfatycznych. Jakkolwiek bowiem udział śródbłonka naczyń krwionośnych w sprawach patologicznych nie ulega wątpliwości, jak np. w organizowaniu się zakrzepu, o czém już powyżéj wspomniałem, daléj w procesach zapalnych, w których znajdujemy niekiedy wybitny pokład wielowarstwowy bujającego śródbłonka (w naczyniach krwionośnych opon mózgowych można to spostrzegać) i w których niekiedy przychodzi do zupełnego zamknięcia i zarośnięcia naczynia, to jednakowoż śródbłonek tychże naczyń nie bywa punktem wyjścia śródbłoniaków a przynajmniéj dotąd nie spostrzeżono tak częstego udziału tegoż jak w naczyniach limfatycznych; o ile mi bowiem wiadomo, z wyjątkiem przypadku Klebsa (*Prager med. Wochenschrift* Nr. 4 i 5, 1876, przypadek przez Klebsa zwanego *Carcinoma haemangiomatosum v. Haemangioma carcinoma-*

[1]) Pagenstecher „Virch. Arch." t. 45, p. 490. — Neumann „Arch. d. Heilk." t. 13, p. 305. — Michel „Arch. d. Heilk." t. 14, p. 39.— Bizzozero „Oester. Jahrb." 1874 3 i 4 zeszyt. — Tillmanns „Arch. d. Heilk." t. 14 p. 540. — Wagner „Arch. d. Heilk." t. 11, p. 509. — Schultz „Arch. d. Heilk." t. 17, p. 1. — Köster „Virchow Arch." t. 40, p. 468. — Eberth „Virch. Arch." t. 49, p. 48. — Eppinger „Prager Vierteljschr." t. 126, p. 17. — Eppinger „Prager med. Wochenschr." Nr. 4 i 5, 1876. — Classen „Virchow Arch." t. 50, p. 57. — Arndt „Virch. Arch." t. 51, p. 495. — Rustizky „Virch. Arch." t. 59, p. 191.

tosum), w którym tenże naczynia krwionośne jako punkt wyjścia nowotworu uważa, nie znamy dotychczas innych w literaturze.

Tak pod względem zewnętrznego wejrzenia jako też pod względem struktury przedstawiają śródbłoniaki szereg odcieni. Zacząwszy od tworów drobnych guziczkowych rozsianych na błonach surowiczych, tworów brodawkowatych rozkrzewiających się niekiedy na kształt szyszkowin stożkowatych aż do guzów większéj objętości, jakie napotykamy na oponie mózgowéj twardéj lub nacieków rozlanych, jak np. w sieci, istnieje cały szereg odmian postaciowych, które i pod względem struktury jakoteż właściwości fizycznych różnią się od siebie znacznie. Różnice te pochodzą częścią od budowy tkanek, w których nowotwór się rozwija, po części od mniejszego lub większego udziału tkanki łącznéj i naczyń krwionośnych w skład nowotworu wchodzących, a wreszcie od zmian regresywnych powstających w elementach nowotworowéj tkanki. Począwszy bowiem od formy twardéj, w któréj jak na oponie mózgowéj twardéj komórki płytkowe, wielokształtne, przeźroczyste, niekiedy o niewyraźném jądrze, warstwowo ułożone lub w twory cebulaste się grupujące, tworzą prawie jedyny składnik zbitéj tkaniny, w któréj tkanka łączna i naczynia nieznaczny udział biorą, aż do owych form miękkich, niekiedy galaretowatego wejrzenia, przedstawiających budowę jamistą złożoną z wybitnego podścieliska tkankołącznego i ognisk różnokształtnych komórkowych, które to komórki są niekiedy łudząco do komórek przybłonkowych podobne (odmiana nazwana przez Wagnera rakiem śródbłonkowym), istnieje cały szereg pośrednich odmian, które mimo wspólnego pochodzenia pomiędzy sobą się różnią. Nowotwory, które uważamy dzisiaj jako powstające z pokładów śródbłonkowych, znane są Panom pod nader rozmaitemi nazwami. Powyżéj nadmieniłem, jak różnemi mianami oznaczono nowotwory śródbłonkowe wychodzące z opon mózgowych, jakoteż wspomniałem o t. zw. raku śródbłonkowym Wagnera. Do rzędu śródbłoniaków w ogóle zaliczyć należy perlaki *(cholesteatoma)*, *angiosarcomata plexiformia* Waldeyera, niektóre przynajmniéj ohlaki *(cylindroma)* Billrotha, jak to z opisów Köstera l. c., Sattlera *(Ueber d. sogenannten Cylindrome und deren Stellung im onkologischen System. Berlin 1874)*, Ewetskiego (*Virchow Arch.* 69, p. 36) wypływa; Rindfleischa *Epithelioma myxomatodes psammosum cerebri*, *Papilloma piae matris perivasculare* (*Pathol. Gewebelehre* 1878 p. 621). Nazwy te oznaczają rozmaite odmiany nowotworów pochodzenia śródbłonkowego.

Nowotwory śródbłonkowe pojawiać się zwykły, o ile według dotychczasowych spostrzeżeń wnosić można, przedewszystkiém w tych miejscach i częściach ustroju, w których sieć naczyń limfatycznych jest najobfitszą a mianowicie w błonach surowiczych jak opłucna, otrzewna, opona miękka i twarda mózgu, daléj w płucach, w skórze. Zwracając uwagę na łudzące niekiedy podobieństwa pewnych odmian śródbłoniaków do przybłoniaków atypowych wnosić można, iż przypadki nowotworów przybłonkowych opisywane przez autorów jako pierwotne wśród tkanin fizyjologicznie przybłonka nie zawierających a których powstawanie odnoszono do zbłąkanych ognisk przybłonkowych z czasów rozwoju płodowego istniejących, jak np. w układzie kostnym, odnieść może należy do nowotworów z pokładów śródbłonkowych się rozwijających.

Pomiędzy poszczególnemi odmianami śródbłoniaków jedne, jak śródbłoniaki opony mózgowéj twardéj, mają czysto lokalne znaczenie, inne jak t. zw. *angiosarcomata* odnawiają się, rzadko tworzą przerzuty (Kolaczek, *Uber das Angiosarcom*, *Deutsche Zeitschr. f. Chir.* t. 9), inne zaś tworzą rozległe nacieki, niszczą tkaniny, wśród których się rozwijają, tworzą przerzuty i wyniszczają stopniowo ustrój, jak to n. p. zdarza się z śródbłoniakami opłucny, płuc, otrzewny. Ze wszystkich odmian nowotworu śródbłonkowego zasługuje przedewszystkiém na uwagę ta forma, która w póżniejszym okresie rozwoju przedstawia budowę do przybłoniaków atypowych zbliżoną, komórki téjże tak łudząco do przybłonkowych mogą być podobne, którą Wagner nazwał rakiem śródbłonkowym a któréj typowe przypadki podają Wagner, Schulz, Eppinger.

Do szeregu tego dołączam krótki opis czterech przypadków śródbłoniaka otrzewny, które miałem sposobność badać. Dotyczą one wyłącznie kobiet. Nowotwór we wszystkich czterech przypadkach ograniczał się tylko do otrzewny, nigdzie w ustroju nie znajdowały się ani przerzuty ani też nigdzie w tkankach przybłonkowych nie było ogniska nowotworowego, na co baczną zwracałem uwagę. Z powodu tego ograniczenia się nowotworu do jamy otrzewnowéj i niemożebności pomięszania nowotworu z przybłoniakiem przypadki te nadawały się szczególnie do badania rozwoju nowotworu, do oznaczenia dokładnego i pewnego punktu wyjścia tegoż. Ponieważ zmiany w reszcie ustroju nie przedstawiały nic szczególnego i nie było żadnych zmian chociażby tylko podejrzanych o związek jakikolwiek z produkcyją nowotworową w otrzewnéj, dla tego przytaczam z protokołów oględzin tylko ustępy odnoszące się do jamy otrzewnowéj.

1) Marcela Hornikowska, l. 70. (Nr. 404 prot. z 2 lipca 1878). W jamie brzusznéj parę litrów płynu mętnego. Pętle jelitowe pozlepiane wypociną włóknikową, pokrywającą w postaci cienkiego nalotu otrzewnę jelitową. Na otrzewnéj gdzieniegdzie niejednostajnie nastrzykanej tak jelitowéj jakoteż ściennéj i krezkowéj, na torebce wątroby liczne szarawe, dosyć twarde guziczki wielkości główki szpilki, daléj mniéj liczne płaskie, miękkie, o brodawkowatéj powierzchni narośle wielkości ziarna grochu, na otrzewnéj ściennéj w kilku miejscach gęsto obok siebie skupione. Sieć nie przedstawiała zmian nowotworowych. Gruczoły limfatyczne śródbrzuszne małe, blade, zbite.

2) Karolina Zamarlik, l. 58. (Nr. 305 prot. z 20 kwietnia 1880). W jamie brzusznéj do 3 litrów cieczy jasnéj surowiczej, w któréj obfite, garaletowate, prawie przeźroczyste, lekko żółtawe skrzepy się znajdują. Sieć wielka skurczona w kształcie postronka do 2 cm. grubego, mięsistego, różowawoszaro zabarwionego o powierzchni guzowatej, nierównej, guzy te pokryte drobniutkiemi brodaweczkami.

Na krezce i otrzewnéj jelitowéj liczne rozsiane guziczki szarawe, przeświecające, wielkości główki szpilki jakoteż guzy większe dochodzące wielkości orzecha laskowego, soczyste, miękkie. Otrzewna wyścielająca miednicę małą wysłana jednolitym prawie pokładem miękkiéj, białawéj masy w niektórych miejscach 2 mm. grubości mającéj o powierzchni drobniutkiemi brodaweczkami pokrytéj, gdzieniegdzie brodaweczki te są dłuższe, rozgałęziają się, przez co twory te przybierają wejrzenie szyszkowin stożkowatych *(condyloma acuminatum)*. Otrzewna ścienna i przeponowa przedstawiają taki sam obraz. Otrzewna w ogóle nie jest zgrubiałą. Gruczoły krezkowe małe, blade, gruczoły zaotrzewnowe nieco powiększone, twarde, blade,

jednostajnego na powierzchni rozkroju wejrzenia. Trzewa brzuszne nie przedstawiały również żadnych zmian jakikolwiekbądź związek ze sprawą nowotworową mieć mogących.

3) Gitla Friedmann l. 34 (Nr. 214 prot. z 20 marca 1881) zmarła w przebiegu duru osutkowego. W jamie brzusznéj do 2 litrów cieczy nieco mętnéj. Otrzewna blada, połyskująca, zasiana nader licznemi, płaskiemi, szarawemi guziczkami, przeważnie na otrzewnéj jelitowéj, mniéj na otrzewnéj ściennéj rozpostartemi. Otrzewna ścienna gdzieniegdzie zgrubiała, mleczno zabarwiona. Prócz zrostów między macicą a tylną ścianą miednicy nie ma innych zmian ni w trzewach ni téż ścianach brzusznych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O niezwykłym przebiegu i skutkach irydektomii w jaskrze.

Napisał Dr. B. Wicherkiewicz.

(Rzecz miana na posiedzeniu Sekcyi lek. Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu d. 9 lutego 1882).

Ogólne to jest zdanie, rozpowszechnione pomiędzy lekarzami, którzy częściéj mają sposobność wykonywać operacyje oczne, że do trudniejszych, jeżeli nie do najtrudniejszych, rękoczynów oftalmochirurgii zaliczyć trzeba irydektomiję w jaskrze, w pewnych mianowicie razach, w miarę postaci jaskry.

Mam tu na myśli, rozumie się samo przez się, operacyję wykonaną według przepisów i doświadczeniem uświęconych zasad, czyli innemi słowy, irydektomiję „*lege artis*“ zrobioną.

Dla pewnych trudności, o których zaraz pomówimy, starano się już nieraz, od czasu, gdy Graefe nieśmiertelnym swoim pomysłem wykazał możebność usunięcia objawów jaskry przez irydektomiję, zastąpić tę pierwotnie przez niego za skuteczną podaną operacyję innym łatwiejszym rękoczynem.

Zdaniem mojém skutek operacyi w jaskrze zależy od wielu czynników i jak jaskra rozmaitemi może być wywołaną przyczynami, które sprawiają, że do dziś dnia zdania co do powstania tego cierpienia są podzielone (twardość i tęgość twardówki, zbytnie wydzielanie płynów śródgałkowych w skutek pobudliwości nerwów, daléj zaburzenia w krążeniu soków itd.) tak téż, stósownie do tych powodów, raz ta, drugi raz owa operacyja, odpowiadająca lepiéj przyczynie, może błogi wywrzeć skutek.

Niestósownie wybrany i wykonany rękoczyn zawiedzie zawsze oczekiwania nasze, bez względu na to, czy tym rękoczynem jest przekłócie rogówki, lub nawet przecięcie twardówki, czyli tak zwana sklerotomija, a nawet sama klasyczna irydektomija nie mniéj pod tym względem bywa czasem niepomyślną.

Ostatnia jednakże najwięcéj zawiera w sobie czynników leczących czyli ustrój oka zmieniających. Bo, jak wiadomo, działa ona w jaskrze zmniejszając ciśnienie śródgałkowe, wytwarza nadto bliznę przesączającą, znosi pobudliwość nerwów w tęczówce zawartych (Donders), lub przez wycięcie zarazem licznych naczyń krwionośnych zmienia stosunek krążenia krwi w ustroju jagodowym. Każda zaś z tych okoliczności uważaną była przez rozlicznych autorów jako przeważnie lub jedynie jaskrę wywołującą.

Dotychczas jedyna sklerotomija zdołała w części współzawodniczyć z irydektomiją i przyznać trzeba, że pierwsza w nowszych czasach bardzo poważnych zyskała sobie przedstawicieli i zwolenników.

Lecz nie o niéj mówić chciałem, raczéj irydektomija niech zajmie na teraz naszą uwagę.

Jak wiadomo powszechnie irydektomija wykonywa się w ten sposób, że przekłówa się błonę rogową w części jéj najwięcéj obwodowéj i wprowadza do przedniéj komórki nóż prosty lub częściéj na płask po za ostrzem zgięty, zwany lancowatym, a następnie wycina się, chwyciwszy delikatnemi skrzywionemi cążkami, tęczówkę w jéj części dośrodkowéj (zwieracz) i to za pomocą małych zgiętych nożyczek.

Wszyscy Panowie rękoczyn ten widzieliście, nie jeden z Was może wykonywał go, przyznacie więc, że czyni on wrażenie nader łatwego, a jednak nie zawsze nim jest w istocie. I dla czego to zapytacie może, dla jakich powodów irydektomija, w innych razach do łatwych zaliczająca się operacyj, w jaskrze miałaby uchodzić za trudną.

Otóż przyczyna leży w niekorzystnych stosunkach ocznych, a mianowicie we wązkiéj bardzo komórce, co utrudnia niezmiernie należyte przeprowadzenie lancy pomiędzy tęczówką a rogówką, następnie w zastoju krwistym błon ocznych lub w przekrwieniu tychże, w skutek czego silny powstaje nieraz krwotok, a daléj przyczyny szukać należy w nadzwyczajném naprężeniu śródgałkowém, które sprawia, że wkrótce po przecięciu rogówki ciecz przedniéj komórki odpływa a dalsze prowadzenie noża tém trudniejszém się staje

Niepowodzenie i złe skutki, jakie tutaj zajść mogą, dzielimy na takie, które zależą od nieudania się operacyi samej lub nieprawidłowego zagojenia się i na takie, które, mimo należycie wykonanéj operacyi i dobrego przebiegu po operacyi, nie sprawiają polepszenia wzroku ale raczéj takowy obniżają.

Przejdźmy wprzód pierwsze, do których Mauthner (*Vorträge aus dem Gesammtgebiete der Augenheilk. II Bd.* pag. 101) zalicza:

1) *Panophthalmitis* czyli zapalenie wszystkich błon gałki, które się czasem po irydektomii rozwija, a przez co oko zupełnemu ulega zniszczeniu.

2) Powolne zapalenie ciała rzęskowego *(iridocyclitis)*, doprowadzające oko także do zaniku, nieraz nawet do współczulnego zajęcia zdrowego oka.

3) Silny krwotok naczyniówkowy, pojawiający się wśród operacyi; zdarzać się on nieraz może nawet tam, gdzie krew obficiéj z gałki wcale nie występuje, a przypuszczamy go wtenczas, jeżeli naprężenie oka po irydektomii nie zmniejsza się, poczém następuje oślepnięcie.

4) W skutek uwięzgnienia kawałka tęczówki w jednym lub drugim kąciku rany powstaje nowy powód draźnienia, a tak nie tylko sprawa jaskrowa nie ustępuje, ale przeciwnie, ponieważ ciśnienie śródgałkowe wzmaga się, powstają znowu boleści, nieraz silniejsze od poprzednich, nadto zaćmienia rozliczne i oko powoli ślepnie. W tych przypadkach można jeszcze przez powtórną irydektomiję uwięzgnioną tęczówkę, a raczéj zwieracz (bo o niego tutaj chodzi), uwolnić, czém uda się nie jedno oko przed zgubą uchronić.

5) Brzegi rany nie spajają się dobrze, tylko łączą się za pomocą tkanki cienkiéj, która pod wpływem wewnątrzgałkowego ciśnienienia rozszerza się *(ectasia)*. Następstwem zaś takiego rozszerzenia jest nieprawidłowa postać rogówki i w ogóle systemu dioptrycznego czyli tak zwany *Astigmatismus*

Nadto spostrzegał Graefe zropienie oka biorące swój początek od miejsca rozszerzonego czyli od guziczka, który w skutek tarcia o powieki i w skutek rozlicznych zewnętrznych wpływów zapaleniu uledz może. I w obec tego rodzaju nieprawidłowego zrośnięcia brzegów cięcia można jeszcze nie jedno oko przed zgubą ochronić odcinając rozszerzony guzik, a potém zakładając opaskę uciskową.

6) Uważano nieraz po operacyi jaskry, mianowicie gdy ta występuje we formie ostréj, zaćmę, która, jak Mauthner we wspomnianém wyżéj dziele słusznie podnosi, w dwojaki powstać może sposób: albo przez nakłócie lancą przedniéj torebki w obrębie źrenicy, poczém następuje napęcznienie soczewki, albo, o czém Mauthner w jednym przypadku miał sposobność przekonać się, zaćmienie następuje dopiero po kilku tygodniach, mimo że torebka przy dokładném nawet badaniu po operacyi w obrębie źrenicy okazała się nietkniętą. Przypuszcza on, że wśród operacyi prawdopodobnie przy równiku torebka pękła i wywołała pęcznienie soczewki, a tém samém jéj zaćmienie. Oczy takie uważa się zazwyczaj za stracone, z czém się moje doświadczenia nie zupełnie zgadzają. Miałem bowiem dwa razy sposobność leczyć oczy u osób, które przybyły do mnie z kataraktą powstałą po operacyi (irydektomii), za czém téż przemawiały stosunki oka i podania chorego. Przez odpowiednie leczenie, a więcéj jeszcze przez powtórne operacyje udało mi się coś ze wzroku zachować.

7) Bywały przypadki, że po irydektomii dokonanéj na jedném oku powstała silna jaskra na drugiém oku, które tylko nieznaczne przedtém zdradzało objawy zwiastunowe; a według Graefego powstać mogą objawy glaukomatyczne nawet wtenczas, gdy to drugie oko poprzednio zupełnie było zdrowe.

Przejdźmy teraz do następstw niepożądanych, a pojawiających się po zupełnie prawidłowo i zręcznie dokonanéj operacyi, a nawet po prawidłowym przebiegu pooperacyjnym.

I tak najprzód powstać może krzywizna rogówki, przez wycięcie zaś tęczówki obnażamy obwodowe części systemu dyjoptrycznego. W jednym i drugim przypadku powstają stósunki wywołujące nieprawidłowe załamywanie się promieni światła, a tém samém wytwarzanie niejasnych i niedokładnych obrazów na siatkówce. Najmniéj to może ma miejsce w jaskrze niezapalnéj. W skutek tego błędu powstaje widzenie zdwojone, a nadto widzenie kolorów. Staramy się w części zapobiedz temu przez to, że górą zakładamy szparę tęczówkową, przepisujemy chorym odpowiednie szkła poprawcze, walcowate, a nadto zabarwiając część rogówki przed szparą tęczówkową położoną.

Powtóre mimo dokonanéj szczęśliwie irydektomii, a nawet mimo powtórzenia téjże po pewnym czasie, sprawa jaskrowa nie ustaje albo chociaż ustała, wzrok powolnemu ulega zanikowi.

Wreszcie znane są przypadki jaskry o przewlekłym rozwoju, w których irydektomija, a mówimy tu naturalnie o prawidłowéj, wprost zły wywiera wpływ na wzrok, dotąd wiele albo mało co upośledzony. Przypuszczać tutaj trzeba, że operacyja niekorzystny wywarła wpływ na cierpienie przyrządu nerwowego.

Niebezpieczeństwa, które przebiegowi jaskry przy operacyi samej towarzyszą, nie uszły naturalnie baczności operatorów i starano się unikać ich na wszelki możliwy sposób.

Wielu operujących używa wązkiego noża Graefego z obawy, aby przy cięciu narzędziem lancowatém nie uszkodzić soczewki lubo może nożem tym wywiera się większy nacisk na gałkę, a tém samém wywołuje się innego rodzaju niebezpieczeństwa, to jednak przyznać trzeba, że gdzie bardzo płytka przednia komórka, niechybnie nożykowi temu pierwszeństwo przed lancą się należy.

O wiele operacyja jest ułatwioną, a niebezpieczeństwa w części zmniejszone, odkąd znamy nieoceniony środek ezeryn, który nie jest, jak to pierwotnie mniemano, również środkiem leczącym jaskrę, lecz tylko środkiem czasowo uśmierzającym objawy i przepowiednim, jak nim było przed poznaniem ezerynu, a jest i teraz jeszcze, przekłócie rogówki.

Rokujące własności tego środka dotyczą przedewszystkiém możności leczenia jaskry; nadto jednak posiada ezeryn i tę nieocenioną własność tam, gdzie w ogóle na ściągnienie zwieracza oddziaływać jeszcze może, że zasłania soczewkę przed bezpośrednim wpływem noża na takową.

Mając przed bardzo niedawnym jeszcze czasem sposobność operowania jaskry, która od wszystkich dotychczasowych znanych różni się swoim przebiegiem pooperacyjnym, a mianowicie w dwojaki sposób od zwykłego przebiegu odstępuje, pozwolę sobie historję tego przypadku przytoczyć:

H. H., 50 lat mająca, starozakonna, z T. w W. Ks. Pozn. osoba nizka, miernie odżywiona i w powierzchowności swéj bardzo zaniedbana, o władzach umysłowych słabych podaje bardzo niepewne i skąpe szczegóły wywiadowe. Dowiedzieć się jedynie tyle tylko mogłem, że dawniéj zdrowa, we wrześniu roku przeszłego dostala silnego bólu w prawém oku, wkrótce w części wzrok znikł, a kilka dni przed przedstawieniem się, dnia 29 listopada 1881, straciła chora takowy zupełnie.

Stan oka przedstawiał się jak następuje:

Nie tylko spojówka powiek, ale i spojówka gałki miernie nastrzyknięte, tak samo i podspojówka, a naokoło rogówki przebija się przez spojówkę różowe przekrwienie twardówki. Kąt, jaki się uwydatnia pomiędzy rogówką a twardówką, stanowiący poniekąd granicę pomiędzy temi błonami, zupełnie wygładzony. Rogówka, a mianowicie błona Descemeta, lekko zamglona, jakoby szpilkami nakłóta; ciecz przedniéj komórki mętna; przednia komórka wązka nadzwyczaj, mianowicie w obwodowych częściach, gdzie nieomal tęczówka do rogówki przylegać się zdaje; źrenica owalna, dość rozwarta, a tęczówka przekrwiona brudno-zielonego koloru; naprężenie wśródgałkowe po prawéj stronie bardzo wysokie (+ 3); wzrok tak dalece upośledzony, że chora tylko zewnętrzno-górną częścią siatkówki rozpoznaje poruszenie ręki.

Wziernik bardzo mało tylko wykazać może, bo dla zaćmień systemu dyjoptrycznego tarcza nerwu wzrokowego zaledwo jak księżyc przez grubą mgłę się przedstawia, tak że szczegółów bliższych ani na niéj ani na siatkówce na razie rozpoznać nie było można. Po trzykrotném jednakże, co 15 minut powtarzaném, zapuszczeniu świeżego rozczynu ezerynu, (według formułki: *Rp. Eserini sulph. 0,05, Acid. borici 0,4, Acid. carbol. 0,1, Aq. destill. 10,0,* w któréj to formie ezeryn zachowuje długi czas swoją właściwość terapeutyczną, nierozkładając się), źrenica nieco się zwężyła, może o 1 mm., ciecz przedniéj komórki stała się czyściejszą, tak że wziernikiem można było, nie powiem rozpoznać dokładnie, bo to było zbyt trudném jeszcze, ale odgadnąć zagłębienie tarczy białéj, zagłębienie sięgające do samego brzegu.

O jakości naczyń krwistych, a mianowicie o tętnie tętniczém, nie było można się przekonać.

Równo ze zmianami przytoczonemi wywarł ezeryn i ten skutek, że najsilniejsze naprężenie stało się tylko mier-

nie podniesioném, tj. padło z + 3 na + 1, a wzrok do tego stopnia się polepszył, że chora częścią siatkówki górno-zewnętrzną rozpoznawała palce lubo nie zbyt pewnie.

(Dokończenie nastąpi).

III. Działanie lecznicze salicynu.

Napisał Prof. Dr **Korczyński.**

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 9).

Dur brzuszny. Przypadków 7, z tego 2 ujemne, 1 wątpliwy, a 4 z wynikiem dodatnim.

1) W ciężkim durze u choréj S. R. — 5 gm. sal. dzień po dniu podane pozostały bez wpływu bezpośredniego na ciepłotę i na zapobieżenie eksacerbacyi wieczornéj.

2) U choréj M. G. w 3cim tygodniu dosyć ciężkiego duru salicyn w ilości 5—7 gm. nie miał skutku prawie żadnego, podczas gdy w drugim tygodniu choroby chinin w ilości 1 gm. obniżał ciepłotę o 0·4, w ilości 1·5 gm. o 1°, a w ilości 2 gm. o 2·8°!

3) U choréj K. P., lat 13 liczącéj w dniu 10tym choroby z miernem nasileniem, po 6 gm. salicynu uważano tylko ten skutek, że w ciągu całego popoludnia ciepłota nie podnosiła się tak jak dni poprzednich, lecz pozostała w jednéj mierze; wieczornéj eksacerbacyi salicyn nie zapobiegł. Dla tego przypadek ten zaliczam do wątpliwych.

4) W przypadku tym, który dotyczył młodzieńca l. 21 liczącego z durem lekkim, gdzie ciepłota nie przekraczała nigdy 40°C., 5 gm. sal. w dniu 15 choroby, gdy gorączka już była mniejszą, obniżyły ciepłotę z 39·3 w ciągu 7 godzin na 37·6; podczas gdy w 11 dniu choroby po 8 gm. ciepłota od godz. 8 zrana do 8 wieczór pozostała niezmienną a eksacerbacyja wieczorna wcale się nie pojawiła.

5) Przypadek ten, dotyczący młodzieńca silnego lat 21 liczącego, gdzie nasilenie choroby w ogóle nie było znaczne i gdzie stan gorączkowy przełamał się zupełnie z końcem 3go tygodnia choroby, świadczy najwymowniéj, że działanie przeciwgorączkowe sal. zwiększa się w miarę, im choroba, bardziéj się zbliża ku pomyślnemu zakończeniu.

Dz. chor.	9	10	11	12	13
godz. 8	38·8	39·4	38·7	37·9	38
11	—	39·4 (8 gm.)	38·7	38·2	39·3 (6 gm.)
3	40	39·4	39·9 (5 gm.)	38·8	39·3
5	40·5	39·9	**39·5**	39·3 (5 gm.)	**37·6**
8	39·3	39·3	39·5	**38·4**	37·9

Podczas gdy o dawce 8 gm. w dniu 10tym co najmniéj twierdzić można, że zapobiegła w pewnym stopniu eksacerbacyi wieczornéj, dawka 5 gm. w dniu 11tym obniża ciepłotę o 0·4, w dniu 12tym o 0·9, a dawka 6 gm. w dniu 13tym o 1·7°.

Przyp. 6ty służyć może także do porównania działania chininu i salicynu: U chorego K. Stanowskiego, lat 30 liczącego, z ciężkim durem brzusznym, gdzie stan gorączkowy przełamał się z końcem 4go tygodnia choroby w dniu 16 choroby wystąpiło zapalenie płuc opadowe. Ciepłota mierzona była stale w kiszce odchodowéj.

Dzień chor.	13	14	15	16
godz. 8	40·1	40·6	39·2	38·8
10	—	40·4	39·6	39·4
12	—	41·3	40·9 (Chin.	39·9 (Chin. 2g.)
2	—	41·3 (Chin.	40·8 2 gm.)	**39·2**
4	—	40·7 2 gm.)	40·5	39·4
6	—	40·6	**40·4**	39·7
8	40·7	**40·3**	—	—

Dzień chor.	17	18	19	20
godz. 8	39·8	40·1	40	39·6
10	39·8	40·2	39·8	40·3
12	40·2	40·7	40·2 (6 gm. s.)	40·9
2	40·5	41 (10 gm. s.)	40·2	41
4	41·3	**40·1**	41·2	41·2
6	41·2	40·8	40·2	40·1
8	bez leku	—	39·9	bez leku

Po 2 gm. chininu nastawało obniżenie bezpośrednie ciepłoty o 1°, 0·5, 0·7, granice wahań znacznie malały, a wpływ przeciwgorączkowy rozciągnął się i na ciepłotę ranną. Po 6 gm. salicynu krótko trwające obniżenie o 0·9°, niewywierające żadnego wpływu na ciepłotę ranną dnia następnego.

Przyp. 7my u choréj A. Górnisiewiczowéj, l. 36 liczącéj, gdzie stan gorączkowy przełamał się w dniu choroby 18tym, salicyn w ilości 10 gm. podany w dniu 14tym w dwie godziny obniżył ciepłotę o 1° i to przeszło na 6 godzin; w dniu 16tym po 2 godzinach o 0·7, natomiast w dniu 15 pozostał bez wyraźnego wpływu.

Dur osutkowy. Przypadków 5; skutek ujemny lub wątpliwy w 2, dodatni w 3 przyp.

1) B. P. z durem znacznego nasilenia. 6 gm. sal. w dniu 10tym chor. przy ciepłocie 39·8°, bez wpływu bezpośredniego na ciepłotę; remisyja dnia następnego pochodzić mogła od przebiegu choroby.

2) G. A. Dur osutkowy z zapaleniem płuc ocieklinowém. Ciepłota 39·5—40·3°. W dniu choroby 11 i 12, 8 gm. (codziennie w 2 dawkach r. i w.) nie obniżały ciepłoty, tak samo jak jednorazowa dawka 4 gm. salicylanu sodowego w 13ym dniu choroby. Stan gorączkowy przełamał się 20go dnia choroby. Po salicynie występowały przypady uboczne w postaci osłabienia, bólu głowy i szumu w uszach.

3) U chorego A. B. l. 16, w dniu 9tym po 5 gm. sal. w 6ciu godzinach ciepłota obniżyła się o 0·6 przeszło na 6 godzin. Ponieważ przebieg ciepłoty był bardzo regularny, obserwacyja może być nazwana dokładną:

	Dzień 8	Dzień 9
godz. 8	39·2—104	39·2—102
10	39·6—100	39·6—100 (5 gm. sal.)
12	30·7—108	39·4—96
4	40· —108	38·8—92
6	40·2—104	39·1—96

Następnego dnia ciepłota wynosiła przez cały dzień prawie stale 39·2°.

4) U chorego Fr. Mikuły, l. 27 liczącego, z bardzo ciężkim durem, do którego w dniu 12 przyłączyło się zapalenie płuc nieżytowe i gdzie stan gorączkowy przełamał się w dniu 16tym, nadarza się porównanie działania przeciwgorączkowego i skutków ubocznych chininu i salicynu. Wzgląd miejsca wstrzymuje nas od dołączenia odnośnych tablic. W dniu choroby 8 ciepłota waha się między 40—40·5, tętno między 132—136.

W dniu choroby 9 o godz. 7: 40—124, o 9: 40·1—124 (10 gm. sal.), o 11: 40·5—136, o godz. 1: 40·2—128, o g. 3: **38·4**—120, o g. 5: 39·5—136, o g. 7: 39·9—136, o g. 8: 40·4—132. Wpływ przeciwgorączkowy salicynu nie był więc znaczny; w dwie godziny po zażyciu leku ciepłota podniosła się nawet o 0·4, następny spadek wynosił wprawdzie 1·7°C., jednakże pojawił się dopiero w 5 godzin po podaniu leku i utrzymywał się tylko przez dwie godziny. O godz. $2\frac{1}{2}$ popoł. chory skarżyć się począł na gniecenie w dołku

podsercowym, począł się mocno pocić i osłabł, co także przyczynić się mogło do obniżenia ciepłoty.

W dniu choroby 10ym przy ciepłocie 40·7 podano na raz 4 gm. siarkanu chininu, poczém już w godzinę ciepłota obniżyła się o 0·9, w 3 godziny spadek wynosił tak samo jak po salicynie 1·7°, a nazajutrz jeszcze ciepłota ranna była o 2° niższą od ciepłoty rannéj dnia poprzedniego. Wkrótce po zażyciu leku pojawiły się nudności, które ustąpiły po połykaniu kawałków lodu; w nocy ogłuszenie, większa bezprzytomność i większe osłabienie. Nazajutrz chory jest swobodniejszy, przytomniejszy, ale ogłuszony.

W dniu 11, gdy ciepłota popołudniowa wynosiła 40°, podano znów na raz 3 gm. chininu. Ciepłota spadła już w godzinie o 0·9°, po 3 godz. o 2·2°, działanie przeciwgorączkowe było jednak krótsze, gdyż następnego dnia zrana ciepłota wynosiła znów 39·3°. Tym razem zamiast nudności pojawiło się znaczne osłabienie czynności serca, które zmniejszyło się po podaniu mocnego wina. W nocy chory wcale nie spał i od czasu do czasu majaczył.

W dniu choroby 12 działanie przeciwgorączkowe chininu, zapewne skutkiem rozwijającego się zapalenia płuc, było mniéj wybitne, również przypady uboczne ograniczały się tylko do ogłuszenia. Zrana przy ciepł. 39·9° podano 4 gm. chininu, obniżenie wynosiło 1·3 po 6 godzinach, trwając jednak krócéj nie zapobiegło eksacerbacyi wieczornéj.

Nazajutrz po 4 gm. chininu przy ciepłocie 40·5° również nie wystąpiły znaczniejsze przypady uboczne, ciepłota zaś po 5 godzinach obniżyła się do 37·9°.

Przyp. 5ty dotyczył J. L., lat 17 liczącego i odznaczał się bardzo ciężkim przebiegiem (już w dniu 4tym ciepłota wynosiła 41°). W przeciwieństwie do przypadku poprzedniego działanie salicynu przewyższało działanie chininu.

W dniu choroby 8, po 4 gm. chininu ciepłota z 40·5° obniżyła się na 40° i utrzymywała się na téj wysokości do wieczora. Z przypadów ubocznych wystąpiły wymioty i ogłuszenie.

W dniu choroby 9, przy ciepłocie 40·2° po 4 gm. chininu uważano najpierw podniesienie się na 40·4°, a potém spadek na 39·5°. Wymioty się powtórzyły.

W dniu choroby 10, po 5 gm. sal. ciepłota z 39·6° obniżyła się na 38·4° i jako taka wytrwała cały wieczór, ażeby nazajutrz zrana podnieść się do 39·8°. Już przed zażyciem leku były nudności; w dwie godziny po użyciu leku zjawiły się wymioty.

Zbierając razem wyniki tych 18 doświadczeń przedewszystkiém przyjść musimy do przekonania, że salicyn jest środkiem przeciwgorączkowym, gdyż w 11 przyp. obniżał ciepłotę, a nie czynił tego przynajmniéj w stopniu wybitnym tylko w 7 przyp. W zdaniu tém utwierdzimy się tém bardziéj, jeżeli uwzględnimy, że te 7 przyp., z wyjątkiem tylko przypadku 2go duru brzusznego, i przyp. 1go duru osutkowego, gdzie nieskuteczność salicynu jest widoczną, mają bardzo względną wartość. I tak w przyp. 1szym zapalenia płuc salicyn użyty był w okresie największego rozszerzenia zapalenia płuc, gdzie 2 gm. chininu były również bezskuteczne, gdzie więc stan gorączkowy przedstawiać musiał znaczną oporność; w przyp. 2 zap. płuc i w przyp. 1 duru brzusznego użyto dawki 4 gm., która dla człowieka dorosłego jest za małą; w przyp. 3cim zap. płuc doświadczenie nie jest czyste; w przyp. 2gim duru brzusznego także 4 gm. salicylanu sodowego nie obniżyły ciepłoty.

Inna całkiem jest rzecz co do stopnia, czasu pojawiania się i trwania tego przeciwgorączkowego działania, jak niemniéj co do okresu choroby, w którym działanie to najbardziéj się uwidocznia. W tym względzie dochodzi się do następujących wniosków: 1) Wpływ salicynu na poskromienie ciepłoty jest przeszło dwa razy słabszy, aniżeli chininu, gdyż po dawkach 4 gm. tego ostatniego leku spadek ciepłoty jest większy aniżeli po 10 gm. salicynu. 2) W porównaniu z chininem działa salicyn nie tylko słabiéj, gdyż nadto obniżenie się ciepłoty ciała nastaje powoli, trwa czas krótszy i prawie nigdy nie rozciąga się do dnia następnego. 3) Tylko w rzadkich przypadkach działanie salicynu jest wydatniejsze aniżeli chininu; dzieje się to w późniejszym okresie choroby, po poprzedniém zmniejszeniu ciepłoty za pomocą chininu. 4) Salicyn, tak samo jak to często czyni chinin, wywiera wtedy bardzo słaby wpływ na obniżenie ciepłoty, jeżeli choroba znajduje się na szczycie wzrostu. 5) Wpływ przeciwgorączkowy zwiększa się przy salicynie niestosunkowo w późniejszym okresie choroby, gdy nasilenie stanu gorączkowego w ogóle, a w szczególności gorączka ranna, już z powodu naturalnego przebiegu choroby się zmniejsza. 6) Salicyn działa tém wybitniéj jako lek przeciwgorączkowy, jeżeli przebieg choroby jest od początku lekki, a nasilenie gorączki nie jest znaczne. 7) Tak samo jak przy innych lekach przeciwgorączkowych i przy salicynie zdarzają się przypadki, że lek ten u jednego i tego samego chorego raz działa, drugi raz nie i to bez możności wytłumaczenia tego zmiennego zachowania się. 8) U osób młodych, niżéj lat 16, dawka 5 gm. jest dostateczna, u osób starszych użyć trzeba jednorazowéj większéj dawki 6—10 gm. 9) Przypady uboczne występują po salicynie znacznie rzadziéj i nie z tém nasileniem jak po chininie lub przetworach salicylowych; poty, które po użyciu kwasu salicylowego tak często się przydarzają, po salicynie pojawiają się daleko rzedziéj.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Ziemssen: O prawidłowych ruchach serca człowieczego.

W dniu 24 maja 1880 przedstawił prof. Korczyński na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego krakowskiego Katarzynę Serafinową z ubytkiem kilku żeber i odsłonięciem znacznéj powierzchni serca. Historyję niezwykłego przypadku tego oraz nader dokładny opis zmian patologicznych w płucach, klatce piersiowéj, położeniu serca itd. znajdą Czytelnicy Przeglądu w Nrze 31 r. 1880. Tamto czytamy co następuje: „Przypatrując się bliżéj ruchom poszczególnych części i dotykając równocześnie różnych części serca, przedewszystkiém można stwierdzić, że kurczenie się i wypełnianie tętnicy płucnéj i komórek serca są czynnościami naprzemiennemi, że zapadanie się przedsionka odbywa się naprzemian z wypuklaniem się komórki, daléj że podstawa serca obniża się podczas skurczu, a co najważniejsza, że koniec serca podczas skurczu, t. j. podczas zapadania się komórek opada ku dołowi i zwraca się na stronę lewą. Komórka wiotka podczas rozkurczu napełnia się dopiero w chwili poprzedzającéj skurcz serca, przybiera największą objętość i twardnieje wyraźnie; w téjto chwili podstawa serca stoi najwyżéj a koniec serca podnosi się najwybitniéj ku górze“.

Stwierdzone te szczegóły, nie dające się pogodzić z przyjętym ogólnie podziałem ruchów serca na skurcz i na roz-

kurcz, skłoniły prof. Korczyńskiego do przyjęcia teoryi Spring-Piotrowskiego, według któréj obok skurczu i rozkurczu rozróżniać należy przedskurcz jako chwilę czynnego rozszerzenia się komórek.

Katarzyna Serafinowa dostała się wkrótce potém do kliniki prof. Ziemssena w Mnichowie, który obecnie zdaje sprawę z własnych badań i spostrzeżeń co do ruchów sercowych. Ponieważ badania Springa nieznane są w Niemczech zupełnie, choć Meissner w r. 1861 uznał wielką ich doniosłość, ponieważ badania lekarzy polskich tém mniéj zwracają ich uwagę, dla tego Ziemssen, podobnie jak przed nim Grützner, Filehne i Penzoldt, badając ruchy sercowe u Katarzyny Serafinowéj nie spożytkował przypadku tego w kierunku teoryi ruchów sercowych. Dla Ziemssena nie ulega wątpliwości, że chwila, w któréj serce pod palcem twardnieje i wyraźnie grubnieje, odpowiada skurczowi komórek. Chwilę tę jednakże niewątpliwie odnieść należy do przedskurczu (kurcz mięśni podłużnych serca), ponieważ: 1. badania prof. Korczyńskiego wykazały, że grubnienie to odbywa się naprzemian z wypełnieniem tętnicy płucnéj (a więc nie może być skurczowém), 2. dowodzą tego najwybitniéj badania kardyjograficzne samego Ziemssena. Jeżeli bowiem na tablicy 14, przedstawiającéj równocześnie zdjęte kardyjogramy z tętnicy płucnéj i prawéj komórki, pociągniemy linije pionowe, przekonamy się, że ramię wstępujące kardyjogramu komórki przypada najdokładniéj na ramię zstępujące kardyjogramu tętnicy płucnéj i na odwrót, że ramię wstępujące tętnicy płucnéj odpowiada nagłemu spadkowi ramienia zstępującego komórki. Tłumaczenie kardyjogramu tętnicy płucnéj nie może ulegać żadnéj wątpliwości; wstępujące jego ramię jest wyrazem rozszerzenia się tętnicy skutkiem wyrzucenia do niéj krwi z komórki, które to rozszerzenie musi być równoczesném z skurczem komórki. Z tego wynika, że spłaszczanie się komórek, odbywające się równocześnie z rozszerzeniem tętnicy płucnéj, nie jest, jak sądzi Ziemssen, rozkurczem serca lecz jego skurczem, któremu na kardyjogramie odpowiada ramię zstępujące. Daléj skoro skurcz komórek i skurcz przedsionków odbywają się naprzemian, dziwném byłoby, dla czego ramię wstępujące kardyjogramu komórki przypada równocześnie z ramieniem wstępującém kardyjogramu lewego przedsionka (tablice 9 i 10). I ta sprzeczność zniknie, skoro ramię wstępujące kardyjogramu komórki uważać będziemy jako wyraz przedskurczu serca. Właściwie jednak zapatrywania Springa-Piotrowskiego wymagają *a priori*, aby wzniesienia i opadania kardyjogramów komórek i przedsionków przebiegały naprzemiennie i takie też obrazy otrzymał u kobiety z ektopiją serca Francois-Frank (1877), na których szczyt ramienia wstępującego na kardyjogramie przedsionka schodził się z początkiem ramienia wstępującego na kardyjogramie komórki. Tablice Ziemssena nasuwają inne jeszcze wątpliwości. Wzniesienie wsteczne kardyjogramu tętnicy płucnéj nie przypada bynajmniéj równocześnie z średniém wzniesieniem na ramieniu zstępującém kardyjogramu komórki, aczkolwiek według Landoisa obydwa te wzniesienia pozostają z sobą w związku przyczynowym. Równoczesność drugiego wzniesienia na ramieniu wstępującém kardyjogramu przedsionka z pierwszém wzniesieniem ramienia wstępującego na kardyjogramie komórki przemawiałaby wprawdzie za zdaniem Landoisa, czemu przeczą inni, że to ostatnie zależy od kurczu przedsionka; prawdopodobniéj jednak tłumaczyć to należy wpływem saméj czynności przedskurczowéj (Korczyński).

W sprawie zachowania się końca serca podczas poszczególnych ruchów komórek Ziemssen skłania się do zdania Filehnego i Penzoldta, mianowicie, że u Serafinowéj koniec serca podczas skurczu zwraca się ku stronie prawéj, tudzież że podczas tego nie obniża się. Ponieważ to, co Ziemssen uważa za skurcz, trzeba uważać jako przedskurcz, postrzeżenie to zgadza się najzupełniéj ze zdaniem prof. Korczyńskiego, według którego u Serafinowéj koniec serca podczas skurczu zwraca się na stronę lewą. T. zw. skurczowego opadania końca serca nie mógł Ziemssen widzieć, bo w chwili, którą Z. uważa za skurcz, opadanie to nie istnieje. Korczyński widział, że podczas skurczu, t. j. podczas największego zapadania się komórek, koniec serca opada ku dołowi, w któréj to chwili badacze niemieccy znać nie widzieli ani opadania ani podnoszenia. Zresztą pamiętać trzeba, że koniec serca nie był w tym przypadku łatwo dostępnym badaniu, dla czego lekkie wznoszenie się jego snadnie przeoczyć było można.

Ciekawe są dalsze badania Ziemssena nad mechaniczną i elektryczną wrażliwością serca i nerwu przeponowego u Serafinowéj. Lekki ucisk palcem na granicę przedsionkowo komórkową ze strony lewéj sprawiał na kardyjogramie komórki znaczne wzmożenie wzniesienia na ramieniu zstępującém (odpowiadającego wedle Landoisa zamknięciu zastawek półksiężycowych), przez co powstaje obraz niejako drugiego skurczu komórki. Przy tém podczas całego ucisku dzielność i trwanie czynności komórek wzmagają się, szczyty kardyjogramu podnoszą się, a podstawy ich więcéj się rozstępują; pod palcem doznajemy uczucia kurczowo silnéj i zwolnionéj czynności serca. Dotyczy to równocześnie obydwóch komórek. Podobne zmiany występują w krzywéj zdjętéj z tętnicy płucnéj, któréj tętno staje się wyraźnie katadikrotyczném, co Ziemssen uważa za podwójny kurcz tętnicy.

Skutkiem ucisku wywartego na same komórki krzywa t. płucnéj rozpadała się na dwie nieregularne połowy, z których to jedna, to druga okazywały znaczniejsze wzniesienia. Bardzo silny ucisk na serce wywołał zupełną nieregularność kardyjogramu *(delirium cordis)*. Uciskanie tętnic udowych i podobojczykowych sprawiało mierne zwolnienie czynności serca.

Badania elektryczne wykazały, że u Serafinowéj lewy nerw przeponowy jest także przystępny, przebiega bowiem po komórce prawéj obok pionowéj gałęzi tętnicy wieńcowéj lewéj. Drażnienie nerwu przeponowego prądem przerywanym wywoływało kurcz lewéj połowy przepony, obniżenie jéj dna o 3.5cm., prawéj zaś o 1 przestwór międzyżebrowy. Zboczenie bieguna od przebiegu nerwu niszczyło natychmiast skutki drażnienia. Tężec przepony trwał tak długo, jak drażnienie nerwu. W ogóle przepona zachowuje się tu tak samo jak każdy inny mięsień prążkowany przy drażnieniu jego nerwu ruchowego. Drażnienie nie wywołało żadnego uczucia bolesnego, gałązki więc opłucnowe, osierdziowe i otrzewnowe nerwu przeponowego nie zdają się być czuciowemi (Luschka). Pod wpływem prądu stałego nerw przeponowy zachował się tak samo jak wszystkie inne nerwy ruchowe lub mięszane.

Drażnienia elektryczne samego serca wykazały,

że za pomocą prądów stałych można znakomicie wpływać na czynność serca, że zas wpływ ten dla prądów przerywanych, nawet najsilniejszych, jest nieznaczny. Przez drażnienie za pomocą prądu stałego można bardzo dokładnie zmieniać dzielność i postać skurczów serca, ich częstość i rytm. Mięsień sercowy zachowuje się względem drażnienia galwanicznego tak samo, jak każdy mięsień prążkowany z zachowaném unerwieniem.

Jednostajnie działający prąd stały, skierowany na pewne punkty powierzchni komórek (mianowicie w pobliżu granicy przedsionkowo komórkowéj) przyspieszał ruchy serca w dwój- a nawet i trójnasób, któreto przyspieszenie po otwarciu łańcucha natychmiast ustawało. Ziemssen przypuszcza, że objaw ten jest następstwem drażnienia zwojów nerwowych.

Za pomocą silnych bodźców galwanicznych można było także do pewnego stopnia zwalniać ruchy sercowe, przyczém jednakże czynność serca stawała się nieregularną.

W jaki sposób zwolnienie to nastaje, autor nie stara się wcale tłumaczyć.

Ponieważ różnica w zachowaniu się ruchów serca (raz przyspieszenie, drugi raz zwolnienie) zależała tu jedynie od różnicy w sile prądu galwanicznego, mimo woli nasuwa się na myśl fakt tylekrotnie przez fizyjologów stwierdzony, choć przez niektórych ze względów tylko teoretycznych zaprzeczany, że słabe drażnienie nerwów błędnych wywołuje przyspieszenie ruchów serca, a przy silniejszém dopiero drażnieniu następuje ich zwolnienie. Myśl ta utwierdza się tém bardziéj, że podczas przyspieszenia ruchów serca pod wpływem prądów słabszych obok wzmożonéj częstości ruchów sercowych, „skurczowa fala tętna była nizką“. To ostatnie zjawisko odnosi Ziemssen do niezupełnego zwiotczenia rozkurczowego komórek i niedostatecznego napełniania się ich krwią; być jednak może, iż pochodzi to skutkiem „przeciągłego przedskurczu, lekkiego tężca mięśni podłużnych serca, który wprawdzie nie jest tak silnym, by stawać się mógł silniejszą przeszkodą dla skurczu mięśni poprzecznych, ale dostatecznym, aby nie dozwolić im kurczyć się tak silnie, jak się to dzieje w stanie prawidłowym“ (Piotrowski).

Najważniejszym pod względem klinicznym rezultatem doświadczeń Ziemssena jest wykazanie, że wywieranie powyższego wpływu na zachowanie się serca udaje się również u osób zdrowych, t. j. stosując prąd elektryczny przez klatkę piersiową. Ziemssen radzi jeden biegun przyłożyć do mostka, drugi zaś do stosu pacierzowego na wysokości serca, podobnie jak w doświadczeniach na sercu Serafinowéj. *(D. Arch. f. kl. Med.* t. 30, 3).

D. Smoleński (Jaworze).

Dr. Fleischer: **O wpływie różnych czynników na trawienie żołądkowe.**

Nie dawno temu ogłosił Fl. wyniki badań swoich nad wpływem wyskoku, piwa i wina na trawienie; obecnie podaje do wiadomości doświadczenia nad wpływem innych w tym kierunku czynników.

Jak wpływa picie wody na trawienie w żołądku? Na pytanie to odpowiadano dotychczas różnie, w miarę tego czy miano przedewszystkiém na oku lepsze rozmiękczenie pokarmów w żołądku, czy podnietę termiczną wywartą na błonę śluzową, czy téż obniżenie ciepłoty, obciążenie żołądka lub rozcieńczenie kwasu żołądkowego. Ścisłych badań w tym względzie nie mamy.

Fleischer stwierdził najprzód, że okres trawienia żołądkowego dla pewnych stale oznaczonych pokarmów (beafsztyk, rosół i chleb w równéj ilości i jakości) waha się u różnych osób w granicach 5½ do 7 godzin, że zaś u tego samego osobnika jest stały. Oznaczywszy więc okres trawienia u pewnego indywiduum (za pomocą badania wypompowywanéj treści żołądkowéj), podawał autor w następnych dniach podczas jedzenia lub w czasie trawienia różne ilości wody do picia i oznaczał na nowo okres trawienia żołądkowego. W ten sposób pokazało się, że u niektórych ludzi zdrowych picie (podczas trawienia) wody (aż do 1½ litra) nie zmienia wcale trawienia żołądkowego; z większéj jednakże ilości badań wynika, że dalsze ½ litra wody wypitéj podczas jedzenia jest bez wpływu, że dalsze ½ litra wypite podczas trawienia wywołuje małe, trzecie zaś ½ litra wyraźne zwolnienie trawienia w zdrowym żołądku.

Choréj dotkniętéj rozstrzenią żołądkową miernego stopnia z nieznacznym nieżytem żołądka, która w kilku dniach poprzednich trawiła pewne pokarmy bez dodawania wody w ciągu 7 godzin, podano podczas trawienia ½ litra wody do picia. W dniu tym trawienie żołądkowe po 7 godzinach bynajmniéj nie było jeszcze skończone, gdy dnia następnego, w którym chora znów nie piła wody, wypłuczyny żołądka były prawie zupełnie czyste.

Jak wpływa przechadzka na trawienie w żołądku? Badania wykonane w powyższy sposób wykazały, że pod wpływem dość szybkiego chodzenia po jedzeniu trawienie żołądkowe wyraźnie się zwalniało. Spokój po jedzeniu jest najkorzystniejszy dla trawienia, a stare przysłowie *„post coenam stabis, aut mille passus meabis,“* ale nigdy więcéj — nie jest bez słuszności.

Po gorących kataplazmach przykładanych przez 5—6 godzin po jedzeniu uważał Fleischer znaczne przyspieszenie trawienia. Postrzeżenie to odpowiada w zupełności znanemu z doświadczenia działaniu t. zw. okładów prysznicowskich (opasek żołądkowych). W doświadczeniach Fleischera nie trzeba spuszczać z uwagi, że kataplazmy jego były często zmieniane; być więc może, że często powtarzany bodziec termiczny wywoływał drogą zwrotną rychlejsze wypróżnienie żołądka; nie można jednakże zaprzeczyć przypuszczeniu, że samo ciepło wpływa na dzielniejsze trawienie żołądkowe. Pęcherz lodowy przyłożony w okolicy żołądka w doświadczeniach Fleischera nie sprawiał żadnych zmian w trawieniu.

Pepsyn i kwas solny skracały okres trawienia tylko w takich razach, w których wydzielina żołądkowa nie zawiera dostateczněj ilości kwasu solnego. W niektórych przypadkach dopiero użycie kataplazmów na żołądek z równoczesném podaniem kwasu solnego z pepsynem sprawiało przyspieszenie trawienia żołądkowego. Dla tego poleca autor stósowanie gorących kataplazmów w przypadkach rozstrzeni i przewlekłego nieżytu żołądka, który to sposób leczenia łącznie z dyjetą płynną i solą karlsbadzką z pożytkiem używany bywa w klinice erlangeńskiéj przeciwko wrzodowi żołądkowemu. Jeżeli wydzielina żołądkowa zawiera większe ilości wolnego kwasu solnego, podawanie kwasu solnego jest niepotrzebne; pepsyn zaś, choćby tylko na próbę podany, nigdy nie szkodzi, a często jest pożyteczny. Z doświadczeń Fleischera wynikałoby także, iż w leczeniu chorób żołądkowych nie powinniśmy podczas trawienia pozwolić picia

większych ilości wody, a zabronić dłuższych przechadzek W końcu przekonał się także autor, że podczas miesiączkowania trawienie żołądkowe również się zwalnia. *(Berl. klin. Wochenschr.* 1882, Nr. 7). *Dr. Smoleński* (Jaworze).

Q u i n c k e: **Białkomocz skutkiem utraty krwi.**

W numerze 43 r. 1881 Przegl. Lek. zdaliśmy sprawę z pracy F i s c h l a, w której tenże wykazał, że w wielu przypadkach białkomoczu przyczyną nieprawidłowego zjawiska tego bywa nie jakakolwiek zmiana w utkaniu nerek, lecz zapad (*collapsus)* towarzyszący często bolesnym cierpieniom brzusznym. Jako przyczynek do pracy F i s c h l a opisuje obecnie Q u i n c k e następujący przypadek.

Silnie zbudowany, 33-letni stangret, doznający od 2ch tygodni lekkich bólów pod mostkiem, dostał nagle podczas pracy gwałtownych wymiotów krwawych, które jeszcze po natychmiastowém przeniesieniu do szpitala parę razy się powtórzyły. Rozpoznano wrzód okrągły żołądka. Zastosowano zewnętrznie worek lodowy na okolicę żołądka, wewnętrznie lód i octan ołowiowy. Pod wieczór tętno staje się bardzo słabém, chory jest niespokojny, skarży się na bóle w okolicy lewéj brodawki piersiowéj i dołka podsercowego. Uderzenie serca słabe, tony sercowe, zwlaszcza drugie, nadzwyczaj ciche. W nocy 2 stolce krwawe; w 2 godz. późniéj nagle wśród kaszlu wymioty krwią płynną (300—400cm. sz.), poczém zemdlenie i śmierć.

Przez 12 godzin po pierwszym krwotoku chory nie oddawał wcale moczu; skąpa ilość moczu oddanego w nocy na parę godzin przed śmiercią zawierała bardzo dużo b i a ł k a, c. g. 1026. Drobnowidowo wykazano wałeczki, po większéj części szerokie i długie, proste, rzadko pokręcone, przeważnie szkliste lub delikatnie ziarniste (moczany), rzadko gdzie posiadające okrągłą komórkę. Zresztą nie znaleziono innych składników morfotycznych.

Badanie pośmiertne wykazało jako przyczynę krwotoku pęknięcie do gardziela tętniaka aorty zstępującéj; żołądek zawierał jeszcze dużo krwi częściowo skrzepłéj; wszystkie narządy w wysokim stopniu niedokrewne, podobnież i nerki, nieprzedstawiające zresztą nic nieprawidłowego.

Nie ulega wątpliwości, że w przypadku tym białkomocz pozostawał w związku z krwotokiem, ponieważ w mowie będący mężczyzna jeszcze 18 godzin przed śmiercią był zupełnie zdrów a nerki jego były najzupełniéj prawidłowe. Przypadek ten należy tłumaczyć sposobem F i s c h l a, mia nowicie stanem zapadu wywołanego silnym krwotokiem. Przypuszczenie F i s c h l a, że w takich przypadkach nie ma w nerkach żadnych zmian patologicznych, potwierdziła tu sekcyja najzupełniéj. Mocz zachowywał się tak samo, jak w przypadkach F i s c h l a.

Q u i n c k e zgadza się ze zdaniem F i s c h l a, że białkomocz zależy tu od obniżenia parcia krwi; w jaki jednak sposób to ostatnie wywołuje białkomocz, jest rzeczą wątpliwą. Być może, że trzeba tu przypuścić zmiany odżywcze w przybłonkach nerkowych, wywołane przez obniżenie parcia i zwolnienie biegu krwi, — albo też, że z silnym prądem dyfuzyjnym z tkanin do krwi, powstającym skutkiem nagłego obniżenia parcia krwi, dostaje się do krwi razem z sokami tkaninowemi istota białkowata (może odmienna od sernika), którą nerki wydalają. Nie można również zaprzeczyć możebności, że z owemi sokami tkaninowemi dostają się do krwi inne składniki drażniące miąższ nerek. *(D. Arch. f. klin. Med.* t. 30, z. 4). *Dr. Smoleński* (Jaworze).

Dr. W. H a c k: **O kurczu głośni oddechowym i głosowym.**

Pod tym tytułem opisuje autor cztery przypadki, z których dwa pierwsze cechują się utrudnieniem oddechu z powodu skurczu mięśni zwężających głośnię, dwa ostatnie przedstawiają utrudnienie w wydaniu głosu również z powodu tegoż skurczu, albo raczéj z powodu niezachowania odpowiedniéj miary w napięciu mięśni normalnie czynnych śród fonacyi lub téż z powodu napięcia mięśni odpowiadających innemu aktowi a nie wydaniu głosu.

Przyp. 1. Chora 23-letnia z objawami drugorzędnéj kiły obok nieżytu gardziela, u któréj po ustąpieniu wymienionych cierpień pojawiła się chrypka, wreszcie zupełny bezgłos, a laryngoskopijnie stwierdzić było można ostry nieżyt krtani, a potém i niedowład mięśni nalewkotarczykowych wewnętrznych oraz mięśnia międzynalewkowego poprzecznego. Tak nieżyt jak i ów niedowład ustąpił wkrótce, natomiast jednak wystąpił nagle napad duszności, który nawet do utraty przytomności już doprowadził. Badanie laryngoskopijne, w tym stanie uskutecznione, okazało, że końce wyrostków głosowych stykały się ze sobą tak, że przed niemi w głośni więzadłowéj znajdowała się szparka eliptyczna, za niemi zaś, t. j. w głośni chrzęstnéj, szpara trójkątna z podstawą na przestrzeni międzynalewkowéj leżącą. Obraz laryngoskopijny przemawiał za skurczem mięśni nalewkoobrączkowych bocznych *(cricoarytaenoidei laterales)*, obok którego m. poprzeczny i mm. nalewkotarczykowe wewn. były nieczynne. Te ostatnie właśnie poprzednio okazywały się porażone. Autor wprowadził choréj na kwadrans Schrötterowską rurkę dilatacyjną z twardego kauczuku, poczém napad ustąpił. W ten sam sposób usunął on i drugi napad duszności, który się u choréj w kilka dni powtórzył, przyczém jednak wyrostki głosowe nie były stale do siebie zbliżone, ale stykały się i rozsuwały chwilowo, naprzemian z powodu drgających ruchów więzadeł (podobnie jak przy trylowaniu w śpiewie), przyczém jednak były one ku sobie zwrócone. Napady te więcéj się już nie powtórzyły.

W drugim przypadku napady duszności występowały od 25 lat bardzo często u chorego liczącego wówczas lat 80. Z powodu zbyt gwałtownego występowania ich śród laryngoskopowania nie mógł autor podać formy głośni w chwili napadu, lecz dostrzegł, że w lewym *sinus pyriformis* w okolicy Hyrtlowskiéj *plica nervi laryngei* jest silne zaczerwienienie, które przechodzi w sąsiedztwo. Najlżejsze zadrażnienie tego miejsca wywoływało natychmiast napad, który oczywiście tylko na skurczu mięśni zwężających głośnię mógł polegać, podczas gdy drażnienie innych miejsc krtani wywoływało kaszel, ale nigdy nie wywołało napadu duszności. Jednorazowe wdmuchnięcie ałunu na to miejsce usunęło już owe napady, zmniejszywszy zaczerwienienie, autor jednak wdmuchiwał ałun daléj, aż zaczerwienienie to zupełnie ustąpiło. Poprzednio wstrzymywał autor napady te zawsze skutecznie za pomocą ucisku po obu bokach chrząstki tarczykowéj.

Odnośnie do obu tych przypadków zastanawia się autor w pierwszym nad zwężeniem skurczowém głośni u dzieci, które przebyły tracheotomiję, jeżeli się im wyjmie kaniulę. Uważał bowiem, że u nich, przy zwykłym oddechu, głośnia węższą bywa niż normalnie, łatwo więc po wyjęciu kaniuli, jeszcze węższą stać się może. Oczywiście mowa tu o dzieciach tracheotomowanych z powodu krupu, u których takowy jednak ustąpił już zupełnie, tak, że tylko skurcz głośni utrudnia wyjęcie kaniuli.

W drugim przypadku zastanawia się autor nad mo-

żliwością powstania skurczu głośni *(spasmus glottidis)* drogą zwrotną z zadrażnienia różnych miejsc nietylko w saméj krtani, ale i w jéj sąsiedztwie, a nawet dalszych, co wreszcie od indywidualności chorego zależy. I tak przypuszcza autor na mocy prób robionych nad drażnieniem błony śluzowéj nosa, że takowe czasem skurcz głośni wywołać może, choć zwykle tylko łzawienie albo kichanie wywoływać zwykło.

Dwa następne przypadki nie okazują utrudnienia w oddechu, lecz w wydaniu głosu. Pierwszy dotyczy człowieka, który z zawodu krzyczeć głośno musiał, u którego téż z zbytniego natężenia przyszło do tego, że nie był już w stanie głośno wołać, ale jedynie szept tylko mógł wydobyć, lub z wielkiém natężeniem pisk wysoki i przeraźliwy. Wkrótce występowało to nawet w zwykłéj rozmowie, jeżeli ją w otwartém miejscu prowadził. Zresztą głos jego był prawidłowy, gdy rozmawiał w pokoju. To téż badanie laryngoskopijne, które z powodu zimy nie mogło być na wolném polu od bytém, nie okazało nic nieprawidłowego. Elektryzowanie nie odniosło żadnego skutku, porzucić zaś swego zawodu chory nie chciał, skutkiem więc tego stan się pogorszył tak że wreszcie i w potocznéj mowie w pokoju głos często nie odpowiadał.

Autor tłumaczy napady w sposób zwrotny, a następnie opiera na psychiczném usposobieniu tak, że bojaźń, aby napad nie wystąpił, właśnie go wywołuje. Wreszcie zalicza je autor słusznie do zaburzeń koordynacyi w aktach złożonych, odpowiadających pewnym zatrudnieniom *(Beschäftigungsneurose)*.

Ostatni przypadek polega na zupełném zamknięciu głośni prawdziwéj, a nad nią fałszywéj, a następnie rozwarciu głośni chrząstkowéj przez parcie powietrza. Przypadek ten był przez kilka miesięcy bezskutecznie leczonym. Podobnych przypadków, jak ostatni, widziałem cztery u kobiet hysterycznych, i przekonałem się, że można dowolnie podczas fonacyi głośnię zamknąć, a następnie przepuścić powietrze przez głośnię chrzęstną, przez co głos cichy, jakby gwałtem przeparty, powstaje.

Zgodnie z autorem przypuścić musimy w tym przypadku nieżyt krtani za punkt wyjścia tego nerwowego cierpienia, żadną miarą jednak nie możemy się z nim zgodzić na niedowład m. poprzecznego, a tém mniéj mm. nalewkoobrączkowych bocznych. Opierając się na przypadkach przez siebie obserwowanych i na próbach na własnéj krtani przedsięwziętych, uważamy stan ten za skurcz mięśni zwężających głośnię i napinających więzadła, występujący jednak tylko śród fonacyi, przyczém jednak m. poprzeczny mniéj silnie skurczony prądowi partego powietrza ulega, i dozwala rozewrzeć głośnię chrzęstną. Ztąd téż nie możemy się zgodzić, żeby skurcz tyczył się tylko mm. nalewkotarczykowych wewn., jak to autor twierdzi, ale odnosimy go do wszystkich mięśni zwężających głośnię i napinających więzadła prócz jednych mm. obrączkotarczykowych *(cricothyreoidei)*, a nawet do mięśni więzadeł fałszywych. Skutkiem tego skurczu, dowolnie prawie, acz nie świadomie, użytego w nadmiernéj sile, t. j. nie odpowiadającego zamierzonéj fonacyi, powstaje zamknięcie głośni prawdziwéj i fałszywéj podobnie jak to się dzieje w pierwszéj chwili kaszlu, lub jako przygotowanie do tykania, albo przy odruchach wymiotnych. (W obu ostatnich powstaje nad zamkniętą głośnią fałszywą nowe pokrycie głośni przez zbliżenie i zetknięcie się guza nagłośni *(petiolus)* z szczytami chrząstek nalewkowych, czego przy kaszlu, ani w przypadku opisanym nie było). W tym stanie prąd powietrza przy kaszlu naraz odrzuca od siebie więzadła w całéj rozciągłości, gdy tu ulega parciu powietrza tylko najsłabszy mięsień zamykający głośnię, t. j. m. poprzeczny, którego napięcie wolnieje, przez co powstaje szparka trójkątna w głośni chrząstkowéj, którą uchodzi powietrze wydając głos syczący i chrypliwy, pozbawiony jednak dźwięku. Mamy tu więc także zaburzenie koordynacyi, polegające na użyciu napięcia mięśni krtani odpowiedniego kaszlowi, zamiast odpowiadającego fonacyi, a następnie na dowolném zwolnieniu jednego z napiętych mięśni i przeparciu w ten sposób powietrza przez głośnię chrząstkową. Nieprawidłowość więc polega tu jedynie na niewłaściwém użyciu aktu, który do innego celu, niż zamierzony, prowadzi. Nie będziemy daléj rozbierać tego stanu odsyłając ciekawych do naszéj książki p. t. Laryngoskopija oraz choroby krtani i tchawicy, w któréj stan podobny dokładniéj jest opisany i rozebrany.

(Dokończenie nastąpi).

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Chinin** Doświadczenia Chirona z Mesyny wykazały, że chinin może zmniejszyć czułość, że nie jest jednakże w stanie sprowadzenia zupełnéj anestezyi, ani téż nawet w dużych dawkach nie może znieść odruchliwości. Odurzający skutek zdarza się jedynie, gdy użyta ilość zbliża się do dawki trującéj. Zmniejszenie dotyczy najpierw czucia dotykowego, późniéj uczucia bólu, a naostatku czucia ciepłoty. Zmniejszenie często zaczyna się w przednich częściach ciała, zanim wystąpi w tylnych. Głuchotę i ślepotę częściéj wywoływały duże dawki u psów niż u ludzi. Słabe zmniejszenie czucia dotykowego dało się wywołać u człowieka dawką 15-gramową wkrótce powtórzoną. Jeżeli chinin wstrzyknięto do tętnicy, znieczulenie miejscowe nastaje w częściach, do których chinin się dostał, a w téj okolicy wszelka czynność jest przerwaną. Bardzo wielkie dawki sprawiają ogólne kurcze. Nie dostrzeżono żadnéj różnicy pod względem wpływu fizyjologicznego pomiędzy chininem, chinidinem i cinchonidinem, chociaż ten ostatni zdaje się być najwięcéj trującym. *(The Lancet*, 1882, I, Nr. VIII).

(A. K.) **Salicylan sodowy leczy rwę czołową** podług Dra Labbé nawet w tych ciężkich przypadkach, kiedy chinin okazuje się bezskutecznym. Labbé daje 8.0 dziennie przez dwa dni, i dawkę tę podaje w 2—3 proszkach lub rozczynie przed snem, a trzeciego dnia chory dostaje tylko 4.0. Labbé jest przekonany, że salicylan sodowy jest skuteczny tylko w rwach na tle gośćcowém. *(Journal d'Oculistique et de Chirurgie*, grudzień, 1881).

(A. K.) **Zwiotczała skóra** *(cutis laxa)* spostrzeganą była przez Dra Freudenbergera w klinice Ziemssena; chorego tego badano w kilku klinikach niemieckich; rozciągliwość skóry była tak znaczną, że fałd jéj na piersi bez wysilenia podnieść można było do czoła; rozciągliwość ta była w równym stopniu na całém ciele; żadnych zmian w unerwieniu skóry nie znaleziono. Stan ten według wszelkiego prawdopodobieństwa trwa od urodzenia. (*Aerztl. Intelligenzblatt* Nr. 48, 1881).

(A. K.) Statystyka jaskry podług narodowości, zebrana przez Dra Wagnera, przekonała go, że dawniejsze spostrzeżenia Benedikta, Rosasa, Arlta, Rydla itd., jako jaskra zdarzała się częściéj u starozakonnych, aniżeli u innych narodów, jest w zupełności słuszną. (Protokół posiedz. Tow. Odes. lek. Nr. 17, 1881 r.).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z Walnego zebrania Sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego.

z grudnia r. 1881.

Stosownie do postanowionego porządku dziennego przed południem zwiedzili koledzy, tak miejscowi jak zamiejscowi, zakład Sióstr miłosierdzia, gdzie kol. Matecki, Sęcki i Jerzykowski przedstawili w oddziale zewnętrznym najciekawsze przypadki chorobowe. Widzieliśmy tutaj między innemi: *osteosarcoma os. pariet. sinistr.*, przypadek przecięcia nożem powłok brzusznych *reg. umbilic.*, skomplikowane złamania itd. Z opatrunków przeciwgnilnych używano w ostatnich czasach z dobrym skutkiem gazy rozdrębnikowéj, przysposobionéj podług przepisu Listra. W oddziale wewnętrznym przedstawił kol. Kaczorowski zebranym kolegom kilka przypadków przewłocznego gośćca stawowego, przypadek *spermatorrhoea ex masturbatione, myelitis spinalis* i padaczkę częściową w skutek urazu. Następnie zwiedzili koledzy szpitalik dziecięcy św. Józefa, gdzie kol. Osowicki przedstawił również kilka interesujących przypadków klinicznych i pokazał zwiedzającym sposób zakładania opasek Sayra, praktykowany w szpitaliku.

O 12téj godzinie odbyła się wizyta w zakładzie kol. Wicherkiewicza, która rozpoczęła się od oprowadzania przybyłych kolegów po salach zakładowych, gdzie kol. W. pokazywał i objaśniał rozmaite ciekawsze przypadki, a mianowicie (oprócz dość licznych na zaćmę szczęśliwie operowanych, pomiędzy którymi 3 znajdowały się osoby przeszło 80 lat mające) przedstawił kobietę 50-letnią przybyłą do kliniki z jaskrą ostrą zapalną prawego oka a przewlekłą niezapalną oka lewego.

Dla porównania skutków operował kol. W. prawe oko przez przekłucie twardówki sposobem przez Weckera zalecanym, a na lewém oku wykonał irydektomiję (wycięcie tęczówki). Zagojenie było prawidłowe, a wynik po obydwóch stronach zadowalający, lubo po prawéj stronie, czyli na oku, na którém wykonaną była sklerotomija, naprężenie było zawsze jeszcze trochę podniesione, a stało się dopiero zupełnie prawidłowém po kilkodniowém ugniataniu gałki.

Daléj pokazywał kol. W. chorego, któremu zrobił sztuczną dolną powiekę wyjąwszy płat do tego potrzebny z górnego ramienia, odłączony zupełnie. Jest to metoda operacyjna podana przez Anglika Wolfa i Amerykanina Wardswortha, następnie doświadczana w 3ch przypadkach przez Zehendera, a jako 4ty z rzędu kol. W. wykonał już w lecie takąż operacyję na obydwóch powiekach prawego oka u pacyjentki, która w skutek róży straciła takowe.

Przypadek zaś przedstawiony obecnym kolegom, dotyczył chorego, który przy pożarze tak popalił sobie prócz innych części ciała twarz, iż cała prawie bliznami była pokryta; to téż wywrócone zupełnie powieki żadnym innym sposobem nie dałyby się odtworzyć, gdyby nowa metoda operacyjna nie przyszła była w pomoc. Zastosował ją zaś kol. W. najprzód do prawego oka, jako silniéj dotkniętego. Wynik, mimo znacznych trudności, jakie się z powodu pooperacyjnych krwotoków nasuwały, o tyle był zadowalający, że płat cały przyrósł do swego spodu i najzupełniéj uzupełniał powiekę, pokrywając nadmiernie nawet gałkę.

Pouczony jednak doświadczeniem poprzednich dwóch swoich przypadków mniema kol. W. że płat ten w części jeszcze późniéj się skurczy, na co zresztą zawsze przy plastycznych operacyjach liczyć trzeba, więcéj jednakże jeszcze, gdy płat skóry bez mostu, czyli zupełnie od pierwotnego siedliska oddzielony, przesadzamy.

Przedstawiwszy jeszcze kilka innych ciekawszych przypadków zapaleń oka, leczonych w klinice, wykonał następnie kol. W. trzy operacyje, a mianowicie: Rozcięcie błony źrenicznéj powstałéj po zaćmie urazowéj; wycięcie sztucznéj źrenicy w błonie źrenicznéj powstałéj także w skutek urazu; a wreszcie zabarwił bielmo rogówki u dziewczynki 8-letniéj, u któréj na témże oku poprzednio ze zupełnym skutkiem zez był operował.

Na posiedzeniu popołudniowém wybrano przez aklamacyję na przewodniczącego kol. Laurentowskiego z Obornik. Sprawozdanie z ostatniego Walnego zebrania odczytano i przyjęto. Następnie kol. Kaczorowski mówił o padaczce częściowéj i ze swéj praktyki odpowiedni przedstawił przypadek. Ponieważ odczyt ten umieszczony będzie *in extenso* w Przeglądzie Lek., dla tego pomijamy tutaj treść jego. Nad odczytem kol. Kaczorowskiego wywiązała się nader ożywiona dyskusyja, w któréj zabierali głos: koll. Jerzykowski, Osowicki, Jarnatowski, Zielewicz, Kapuściński, sekretarz i prelegent.

Następnie kol. Zielewicz referuje o używaniu jodoformu w praktyce chirurgicznéj. Kol. Z. zagaja swój referat poglądem na dzieje chirurgii w ostatnim lat dziesiątku i kończy takowy twierdzeniem, że jeżeli chirurgija tegoczesna ma pierwsze miejsce w nauce i sztuce naszéj, zawdzięcza to genijalnéj myśli, którą Lister złożył w swym opatrunku przeciwgnilnym. Kilka lat pracował już Lister i pisał o swojéj metodzie, nim w Niemczech uwierzono w jego pomysł. ale kto wie jakiemi drogami byłby poszedł nowy wynalazek, gdyby się nie był nim zainteresował drobnostkowo-krytyczny duch niemiecki. Rozwój swój i udoskonalenie zawdzięcza metoda przeciwgnilna przeważnie chirurgom niemieckim, których główna zasługa w ciągłém upraszczaniu opatrunku. Tutaj referent przechodzi historycznie wszystkie środki dezinfekcyjne będące podstawą opatrunku przeciwgnilnego, jak kwas karbolowy, tymol, *Ol. eucalypti*, kw. salicylowy, borowy, chlorek zynku, a wreszcie ostatni, wielce obiecujący środek: jodoform. Dr. Z. cytuje dotychczas ogłoszone prace co do użycia tego środka zastanawia się obszerniéj nad publikacyjami prof. Mosetiga i Dra Mikulicza, a następnie na podstawie obcych i własnych doświadczeń formułuje zapatrywania swoje na nowy ten środek dezinfekcyjny w następujących punktach:

1) Najważniejszą dla praktycznego lekarza własnością jodoformu jest łatwość zastosowania tego środka. Nie potrzeba tu żadnych skomplikowanych opatrunków, bo jodoform działa przez proste zetknięcie się z raną. Gaza jodoformowa własnéj fabrykacyi referenta okazała się praktyczniejszą niż wata jodoformowa, która nie dosyć dobrze osusza ranę. Laseczki jodoformowe praktyczniejsze z kleiną niż z masłem kakaowém, ostatnie bowiem zbyt szybko się rozpuszczają.

2) Szczególniejszą doniosłość antyseptyczną ma jodoform w leczeniu ran jamistych, dokąd zwykłym opatrunkiem dotychczas dotrzeć było bardzo trudno.

3) W wielkich ilościach jodoform sprawia zatrucie, niektóre organizmy nawet w małych stosunkowo ilościach już oddziaływają, mianowicie przy ranach jamistych. Ref. używanie wielkich ilości uważa za zupełnie zbyteczne ze względu na trudną i powolną rozpuszczalność jodoformu.

4) Bez opatrunku przeciwgnilnego *à la* Lister, leczenie ran jodoformowe obyć się może, ale wcale nie wyklucza ostrożności, dotychczas przy antyseptyczném operowaniu za konieczne uznanych.

5) Swoiste działanie jodoformu w sprawach gruźliczych miejscowych nie jest jeszcze dostatecznie udowodnioném, ani téż referent nie miał sposobności o tém się przekonać.

6) Przebieg gojenia się ran świeżych pod jodoformem zwykle bywa bezgorączkowy, lub téż towarzyszy mu tylko gorączka aseptyczna.

Każdy z powyższych punktów referent rozbiera szczegółowo, a pomijając milczeniem własną swoję kazuistykę, wzywa obecnych kolegów, aby każdy swojemi spostrzeżeniami przyczynił się do urozmaicenia dyskusyi nad tym przedmiotem.

Kol. Koszutski zabierając głos nadmienia, że używał u kobiet i dzieci jodoformu, gdzie tylko chorzy i ich otoczenie godzić się zechcieli z niemiłym zawsze jeszcze, mimo wszelkich odwietrzań — a zresztą tak wyśmienitym, lekiem.

Celem odwietrzenia używał obok *faba tonca* — jeszcze tymolu (0,1 w 1,0 jodoformu), któren lek przerzeczony w działaniu wspiera. Zastanawiając się nad formułą jodoformu CHI_3, nadmienił, że środek ten działał gdy go stosował antyseptycznie, chłonąco i znieczulająco. I tak pierwsze następowało prawdopodobnie przeważnie przez CH. węglowodory będące także głównym składnikiem terpenów ($C_{10}H_{16}$), drugie zaś w skutek obfitéj ilości jodu, bo przeszło $^9/_{10}$ części wagi (90.7 Gewichtstheile) jodoformu wynoszącéj. Jodoformu używał: *a)* w najrozmaitszych obrzmieniach gruczołów chłonicznych u dorosłych, u dzieci, *b)* w zołzach (obok dyjety antyskrofulicznéj) i rozmaitych objawach tychże, jak *spina ventosa, caries,* fistułach itd., *c)* w odmrożeniu rąk i nóg drugiego i trzeciego stopnia, *d)* w obrzmieniach i bolesności stawów w gośćcu, ⁴dnie nożnéj (podagra), *e)* w uchotoku u dzieci (*otorrhoea*), *f)* w cierpieniach długotrwałych macicy itd. W wszystkich tych przypadkach jodoform wywiązywał się z swego

zadania jak najlepiéj. Zatrucia jodoformem nie uważał dotąd wcale; wewnętrznie zaś nie stosował go dotąd jeszcze i nie ma do drogi téj zaufania.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Szkice położnicze ze Wschodu.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

Długoletni pobyt w Turcyi, służba w armii i praktyka cywilna, a z niemi potrzeba częstego przebiegania obszernych prowincyj, pozwoliły mi ściśle się zapoznać z rozmaitemi warstwami społeczeństwa miejscowego, a głównie przekonać się o dzisiejszym stanie medycyny w ogóle i praktyki położniczéj w szczególe. W wędrówkach moich po mało znanych prowincyjach, z niejednym ciekawym spotkałem się szczegółem. Kierując się zaś zawsze zdaniem Lessinga: „że najszlachetniejszém zajęciem człowieka — jest człowiek-kobieta,“ badałem w charakterze leczącego tę piękną część naszego rodzaju i zebrane notaty, ugrupowawszy w jedną całość, odważam się przedstawić czytelnikowi, w zamiarze wykazania tak dobréj jak i nagannéj strony stosunków zdrowotnych w Turcyi.

W żadném jednak zajęciu fachowém, czy to w lecznicach, lub téż na polu walki, uczucie człowieka nie bywa tak silnie podrażnioném jak w obec przypadków położniczych. Nigdzie bowiem rodząca kobieta nie bywa narażoną sna tyle niebezpieczeństw jak właśnie w Turcyi, gdzie niesienie rozsądnéj pomocy, opartéj na naukowych podstawach, potyka się co krok z przesądami, ogólną ciemnotą, a niemniéj téż i z nadzwyczajnym wstrętem ku lekarzowi ze strony ludności, nie zgadzającéj się na obecność lekarza przy położnicach, ginących bardzo często jedynie tylko z powodu że są kobietami. Jednakże obowiązki sumienia nie pozwalają nam pozostawać obojętnymi w obec stanu cierpień, wtedy gdy znane środki mogą przynieść wielką pomoc w sprawie reprodukcyi rodzaju ludzkiego.

Zastósowanie jednak tych pomocy nie bywa tu rzeczą łatwą. W kraju bowiem jest bardzo mało lekarzy akuszerów, a przynajmniéj jest bardzo mało takich, co się zajmują tą gałęzią specyjalnie. Powodem do tego bywa najczęściéj brak praktyki. Wszystko to uwzględniając nie zrażałem się jednak. Postawiwszy sobie za cel zwalczać ogólną ślepotę i wiarę w przesądy, nie wątpiłem, że gdy tylko przedstawią się odpowiednie przypadki, korzyści téj tak jasnéj gałęzi medycyny nie jednego wyprowadzą z błędu i będą należycie ocenione.

Lecz jak się wziąść do tego? Jakiém powinno być postępowanie lekarza w obec przesądów i zwyczajów krajowych? To jest najważniejsza kwestyja, to zagadka, któréj rozwiązanie pozostaje zawsze jeszcze ciemném i nieokreśloném. Dla dokładniejszego więc zapoznania się z miejscowemi danemi dotyczącemi praktyki położniczéj, postaram się wprowadzić czytających w koła rodzin chrześcijańskich i do haremów, podam sposoby zdobycia zaufania, pozwalającego działać stósownie do okoliczności i spełniać wszelkie wskazania, jakich wymaga stan kobiet tutejszych, przed zamążpójściem, podczas ciąży, porodu i w okresie po nim następującym.

Na wstępie winienem uprzedzić, że jeżeli dobra konduita lekarza jest wszędzie niezbędną, to na Wschodzie starania o własną opinię wymagają jeszcze większéj oględności, mianowicie gdy chcemy leczyć płeć piękną, lub oddać się praktyce położniczéj. Pozostawiając na uboczu wiek lekarza, odgrywający wielką rolę w zyskaniu ogólnego zaufania, wypada mi wspomnieć o kilku innych warunkach, które na pozór nic nieznaczące, wywierają jednak wpływ niezaprzeczony na usposobienie ludności wschodniéj. Dotyczy to mianowicie powierzchowności lekarza. Stroju wschodniego i zbyt wyszukanéj toalety wykwintnéj i owieszania się ozdobami złotniczemi należy stanowczo unikać. Każdy bowiem z tych warunków wzbudza zaraz w umysłach początek niewiary i pozwala przypuszczać, że lekarz stara się przeniknąć do kół rodzinnych w innym zamiarze, jak samego leczenia chorych. Lecz za to nadzwyczajna czystość jest tu bardzo cenioną. Ręka mająca mieć bezpośredni stosunek z chorym powinna być szczególnie pielęgnowaną. Kolor czarny ubrania (mianowicie tak zwana „stambulinka“) jest najodpowiedniejszym, byleby tylko był prostym i szczególnie czystym. Do tych wszystkich warunków dobrze jest jeszcze dodać i brodę, nadającą lekarzowi większą powagę, wejrzenie człowieka starszego wiekiem, a ztąd i maskującą niejako młodość, na którą mieszkańcy Turcyi zwracają bardzo wielką uwagę. I w istocie na potwierdzenie znaczenia przypisywanego brodzie mogę to tylko powiedzieć, że lekarze noszący ją bezwarunkowo większą posiadają praktykę od tych, którzy nie chcą wierzyć w znaczenie téj ozdoby męzkiéj twarzy.

Warunki wynikające ze stosunków ze światem, wymagają od lekarza w Turcyi zaniechania ile możności widowisk, balów, a mianowicie gry w karty. Uczęszczanie do kawiarni, na zbyt ludne spacery itp., są to warunki bardzo szkodliwe dla chcącego zyskać sobie ogólne poważanie. Prócz tego lekarz żonaty zwykł się cieszyć większą względnością. Nawet w znacznéj ilości narad pierwsza kwestyja najbardziéj intrygująca chorą jest ta, czy lekarz jest kawalerem, czy téż ojcem rodziny, tak jakby to było podstawą całego fachowego uzdolnienia. Nieraz téż w podobnych przypadkach niespodzianie zagadnięty musiałem improwizować i przedstawiać się jako posiadający żonę, a co najważniejsza to i gromadę dzieci. Samo zachowanie się lekarza w stosunkach towarzyskich wymaga także zwrócenia na się wyłącznéj uwagi. Lekarz zawsze powinien okazywać charakter spokojny, będąc w towarzystwie szukać rozrywki z osobami poważnemi, a jeżeli można to i wykształconemi; winien unikać egzaltacyj, mówić mało i to z całym spokojem i zimną krwią. Dodam jeszcze, że długie czuwanie w nocy często do świtu, jak to ma miejsce w pewnych kołach towarzyskich w Turcyi, powinno być stanowczo unikaném. Słowem lekarz przez swą powierzchowność, zachowanie się i stosunki, winien wyrobić o sobie ideę człowieka wykształconego, dobrze wychowanego, spokojnego, bez pretensyj i widocznych wad. Być bardzo może, że niektóre z powyżéj zacytowanych warunków wydadzą się nic nieznaczącemi dla ludzi talentu i zasługi, że te wszystkie towarzyskie wymagania dadzą się tylko spełnić przy pewnéj dozie filozofii i dobréj woli. Niemniéj jednak mogę zapewnić, że w pośród mieszkańców Turcyi najzdolniejsi lekarze często stali się ofiarami własnéj opieszałości w uwzględnieniu powyżéj zacytowanych wymagań. I przeciwnie znowu, cała koteryja tych tak zwanych empiryków, szarlatanów, słowem ludzi tytułowanych mianem *„chevalier d'industrie“* odpowiadając ściśle wymaganiom towarzyskim w krótkim czasie zdołali sobie zyskać poważanie, reputacyję, a zatém i świetne powodzenie.

Wiadomo z praktyki, jak wielkiéj względności i starań wymaga zdrowie kobiety téj wiernéj towarzyszki mężczyzny w celu naszych usiłowań i prac. Niezależnie bowiem od cierpień właściwych obu płciom, na ileż to przyczyn chorobowych nie bywa narażoną kobieta w skutek delikatności swego ustroju, wielkiéj drażliwości systemu nerwowego i w następstwie sprawy trudnéj i niebezpiecznéj, jaką kwestyja reprodukcyi u niéj wywołuje. Z jakąż więc powagą powinny być dane starania wymagane przez młodą dziewczynę! Starania zaś te obejmują z jednéj strony pewne przepisy higijeny fizycznéj i moralnéj, niezbędne aż do epoki zamążpójścia; z drugiéj strony zastósowanie pewnych środków przeciwko cierpieniom wrodzonym lub nabytym w ciągu lat młodych.

Higijena fizyczna i moralna wymaga na Wschodzie, że każdym razem gdy w kole rodzinném spotkamy młodą dziewczynę uskarżającą się lub nie, winniśmy obserwować jéj ustrój, temperament, stan fizyczny i moralny i wcześnie wskazać rodzicom sposoby niezbędne i konieczne do zwalczenia wad młodéj osoby, mogących przejść niespostrzeżenie. Wiemy bowiem, że wady te, będąc zaniedbane, stają się coraz bardziéj groźnemi, późniéj niewyleczalnemi i w epoce dojrzałości bardzo szkodliwemi. Słowem, lekarz, nazywany domowym, szczerze powinien się zainteresować stanem młodéj dziewczyny, ażeby postawić ją, że tak powiem, w warunkach najkorzystniejszych i przygotować do sprawy reprodukcyi późniéj następującéj, w któréj sam może być powołany do niesienia pomocy. Wreszcie tego wymaga i interes samego lekarza. Rodzice bowiem oceniając starania, jakiemi córka ich jest otoczona, przejmą się uczuciem wdzięczności, pokładać będą większe zaufanie w lekarzu, i tém samém zapewnią mu powodzenie.

Muszę jednak przyznać, że wszystkie te tak zdrowe i pożyteczne przepisy, gdzieniegdzie tylko znajdują swe zastósowanie. Wychowanie bowiem dzieci jest tu zupełnie niepraktyczném i młoda dziewczyna już w kole rodzinném czerpie piérwsze zarodki złego! Bo rzecz to niezaprzeczona, że w społeczeństwie wschodniém, gdzie rodzice od najmłodszych lat poddają swe dzieci własnemu sposobowi życia, sycą je pokarmem tłustym, ciężkim, skomplikowanym i trudnym do strawienia, pozwalają używać napoi podniecających, a mianowicie czarnéj i bez cukru kawy, konsumowanéj tu w bardzo znacznéj ilości, tam nie spotkamy jak tylko ustroje przeważnie nerwowe, wątłe, drażliwe i w wysokim stopniu delikatne. Dzięki więc tymto szkodliwym danym, żadna z córek Wschodu nie czuje się zupełnie zdrową, nie siądzie do stołu z dobrym apetytem, ponieważ w ciągu dnia zwykło się pochłaniać znaczną ilość rzeczy słodkich lub innych przysmaków, zbytecznych i szkodliwych dla zdrowia. Rodzice jednak małą zwykli zwracać na to uwagę. Gdy bowiem dziecko nie uskarża się na żadne bóle, żadną widoczną zmianę, wszystko przypisuje się grze natury, żyjąc w przekonaniu, że z postępem w lata, stan podobny polepszy się bezwarunkowo.

Następstwa nieodpowiedniego żywienia dzieci zwiększają się jeszcze w skutek niestósownego stroju. Wiadomo, jak szkodliwy wpływ wywiera na rozwój ustroju młodéj dziewczyny noszenie gorsetów, opasek i t. p. maszyneryj. W towarzystwach więc wschodnich chrześcijańskich, hołdujących z zapałem obcym modom, na prawdziwe męczarnie bywa narażoną młoda osoba, któréj kibici uparto się nadać kształt i powab! Pośrednictwo i przedstawienia szkodliwego wpływu nic tu nie działa. Cytowanie przykładów dzieci z tureckich rodzin, świeżych, rumianych, nieskrępowanych obręczami mody, zawsze okaże się zbytecznym; i lekarz w obec oporu płci pięknéj prawie zawsze musi ustąpić z placu. Wprawdzie młode damy z Pery dość późno zwracają się ku gorsetom, stósownie do zwyczajów rozmaitych tu narodowości. Wielka liczba nie nosi ich nawet. Jednakże oględność jednych nie zwykła zabezpieczać od złego drugich. Turczynki zaś, choć podług zwyczaju, wieszają na się po kilka okryć, to jednak strój ich musi być nazwany lekkim, ponieważ w nim głównie figurują perkalina i tkaniny jedwabne. Szyja i pierś Turczynki bywają stale odkryte, noga obnażona. Zgrabny zaś pantofelek, lub z całą fantazyją ułożone fałdy „Jaszmaku“, nie wystarczają do zabezpieczenia się od zimna.

Jednym z warunków podkopujących zdrowie mieszkańców Turcyi jest brak ruchu. W. ogóle dzieci do 8 lub 10 roku życia są skazane pozostawać w domu, siedzieć przy matce i bawić się tylko drobiazgami, w jakie pieczołowitość rodziców je zaopatrzyła. Dziecko tureckie n. p. nie zwykło wychodzić z haremu, nie tylko po za jego obręb, ale nawet na korytarz. I te to właśnie przesadne ostrożności dają zwykle najgorsze rezultaty. W tychto właśnie rodzinach zwykło się uważać dziewczynki małe, szczupłe i choć może i cieszące się znośnym zdrowiem, to jednak przedstawiające układ mięśniowy wątły, kolor powłok zewnętrznych blady, a tułów i odnogi zniekształcone, w sposób więcéj lub mniéj widoczny. Nieco późniéj, brak ruchu młodéj dziewczyny tłumaczy wychudnięcie szyi, a głównie brak rozwoju sutków, zdających się być dotkniętemi stanem zaniku. Téj wdzięcznéj ozdoby kobiety, tego narządu niezbędnego do czynności, do jakich natura go przeznaczyła, brakuje najczęściéj u kobiet w Turcyi, tak, że młode dziewczęta bywają tu podwójnie zaatakowane: najprzód na ustroju i zdrowiu, a następnie we własnéj miłości, dla braku rozwoju jednego z wdzięków właściwych ich płci. Zupełnie jednak w odmienném świetle przedstawia się tu dziewczyna z ludu, dająca niezaprzeczony dowód, jak pożytecznemi dla zdrowia są praca i ruch odpowiedni.

Wypada mi jeszcze zacytować jeden z warunków najszkodliwszych i najniebezpieczniejszych dla zdrowia młodych dziewczyn w Turcyi, na nieszczęście warunek bardzo pospolity, jakim jest onania. Wprawdzie straszny ten nałóg bywa daleko częstszym w pośród chłopców. Lecz dla zdania sobie sprawy o jego częstości pośród młodych dziewcząt, wypada tylko uwzględnić brak ruchu, ich życie siedzące, próżnowanie aż do znudzenia a głównie zaufanie i ślepa wiara matek z całą opieszałością pozostawiających swe córki samotnemu pędzeniu długich godzin czasu. Gdy więc uwzględnimy brak opieki ze strony osób, dla których zdrowie własnego dziecka zdawałoby się być największym skarbem, nie zdziwimy się, spotykając młode osoby jakkolwiek strojne w to wszystko, co tylko przepych wschodni mógł wynaleść, jednak ze zdrowiem podkopaném, prowadzącém zwykle ku rozwojowi chorób najczęściéj niewyleczalnych, jak białe upławy, macinnictwo, hypochondryja, padaczka a wreszcie i pomięszanie umysłu! Tutaj to więc rozsądne i oględne pośrednictwo lekarza okaże się prawdziwie zbawienném. Bo wtedy gdy rodzice zwykli się ograniczać do przedstawień i wyrzutów tylko, lekarz wyrazami bardziéj trafiającemi do przekonania może wywrzeć bardzo silne wrażenie i sprowadzić widoczną zmianę w postępowaniu młodéj dziewczyny.

Rozwój rozmaitych pojawów dojrzałości, czyszczeń mie-

sięcznych, wywołujących często zmiany chorobowe więcéj lub mniéj groźne, to kwestyja, w któréj mieszkanki Turcyi stale zwracają się do lekarza. Kobietom wschodnim bardzo się podoba, gdy medyk wyjaśnia im pojawy zachodzące w narządzie płciowym, a głównie gdy rozprawia z niemi o sprawie czyszczeń okresowych. Sprawa ta bowiem przeważnie je interesuje. I podług mych własnych spostrzeżeń doszedłem do przekonania, że pomimo, że kobieta odbędzie okres swych czyszczeń w sposób najprawidłowszy, i choć siedlisko jéj przejściowego cierpienia jest bardzo dalekiém od narządu płciowego, to jednak nigdy nie będzie zadowoloną z porady lekarza, jeżeli ten ostatni choćby pobieżnie nie zwrócił uwagi na ważną kwestyję czyszczeń i nie pospieszył ze wskazaniem pewnych środków, mniejsza o to czy koniecznie potrzebnych. Kwestyja więc regularności czyszczeń miesięcznych a jeszcze bardziéj powstrzymywanie téj funkcyi, to przedmiot zawsze przeważnie interesujący ogół kobiet wschodnich. Biada więc lekarzowi lekko traktującemu te sprawy! Kobiety bowiem tutejsze niezwykły przebierać w środkach. Nie będąc zadowolone z rady i wskazań lekarza, nie zaniechają zwrócić się do „specyjalistów-szarlatanów“, którzy gotowym zawsze kordyjałem zwącym się *„Elixir de proprieté“*, lub czémś energiczniejszém jeszcze, zdołają prędko uczynić zadość wymaganiom kobiecym. Przy téj okazyi nie podobna mi nie wspomnieć o pewnym Sulejmanie Effendim, hiszpańskim żydku, który nie tylko zebrał sobie sporą pończochę złotych lir tureckich, ale co większa przez swe stósunki z damami wyższych klas społeczeństwa miejscowego w taką wzbił się dumę, że żadna z potęg rządzących nie była w stanie położyć tamę niecnym jego eksploatacyjom! W malenkiéj swéj i bardzo skromnéj budzie Sulejman Effendi nie tylko był odwiedzany przez greczynki i ormianki, kryjące swe wdzięki pod czarnym koronkowym welonem, ale często i śnieżnéj białości „Jaszmak“, pałacowa kareta, lub barwnych kolorów jedwabna „Teradza“, nie wzdrygały się przejść po za próg brudnego kramiku. Tutaj to, z całą wschodnią gościnnością, wydawano, z wielkich czarnych gąsiorów płyn uważany za zbawienny; wybiegłe z haremowych klatek piękne okazy syciły się nim do woli, i dobrze wynagradzając hiszpańską przebiegłość, nie dbały o to czém są traktowane, byleby tylko mieć pożądany skutek. Często jednak były to skutki bardzo przerażające. Pociągnąć jednak do odpowiedzialności Sulejmana Effendiego nigdy się nie odważono. I kramik jego egzystuje do dziś dnia, pomimo nawet wszelkich usiłowań ze strony zarządu służby zdrowia.

Tego rodzaju postępowanie ze strony matek i córek, przy najgorszych warunkach higijenicznych sprzyjają bardzo rozwojowi krzywicy, choroby nadzwyczaj częstéj w pośród dzieci urodzonych na Wschodzie, tak nawet pospolitéj, że rodzice nie zwracają na nią uwagi, nie szukając pomocy i będąc niejako przyzwyczajeni widzieć swe dzieci bardzo późno zaczynające chodzić. Fakt ten codziennie dający się sprawdzić przytaczam tylko, nie wdając się w wymienianie skutków zbyt dobrze znanych, i jeżeli gdzie to na Wschodzie bardzo trudnych do usunięcia. (C. d. n)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 19—25 lutego umarło w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców 22,9 (31,3 z. t.) Z ospy umarło 1 (3 z t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z dławca 2 (2 z t.), z duru osutkowego 2 (0 z t.), z róży 1 (0 z. t). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach ospy, 1 płonicy, 1 dławca, 2 róży, 1 duru brzusznego, 32 duru osutkowego (21 z kryminału, 1 z aresztu miejskiego, 2 ze szpitala św. Łazarza, 1 z Pędzichowa, 5 z Kazimierza, 2 z Podgórza). W tygodniu od 22 do 28 stycznia ospa w Londynie utrzymywała się w jednakowém nasileniu. Leczyło się w szpitalach 520, świeżo zapadło 83, umarło 24. W Wiedniu i Petersburgu umarło po 15, w Pradze 8, w Warszawie 33, w Murcyi 5, w Paryżu 15, w Budapeszcie 9. Odra złagodniała w Wiedniu, Londynie i Liverpolu, w Chrystyjanii umarło 24, świeżo zapadło 03. Z krztuśca umarło w Londynie 175. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 18, w Granadzie 3, w Wiedniu i Budapeszcie po 2, w Pradze, Amsterdamie, Londynie, Warszawie, Odesie, Maladze, Murcii po 1. W miastach większych Ameryki Północnéj umarło bardzo wiele przy końcu roku 1881 z ospy.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 22—28 stycznia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,3; we Lwowie 31,5; w Poznaniu 26,6; w Wiedniu 28,8; w Budapeszcie 40,9; w Pradze 29,1; w Berlinie 2?,7; w Wrocławiu 31,1; w Gdańsku 23,5; w Mnichowie 33,7; w Dreznie 24,8; w Lipsku 24,4; w Bazylei 24,5; w Brukseli 23,3; w Amsterdamie 25,4; w Hadze 26,9; w Paryżu 29,6; w Londynie 26,4; w Kopenhadze 25,0; w Stokholmie 22,9; w Chrystyjanii 32,0; w Petersburgu 36,4; w Odesie 30,7; w Wenecyi 33,1; w Bukareszcie 23,4; w Aleksandryi 33,3; w Nowym Yorku 32,3; w Filadelfii 20,7; w Bombaju 34,2. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 marca. Sprawa Wydziału lekarskiego we Lwowie znów była przedmiotem rozpraw w Radzie Państwa na 204 posiedzeń, odbytém w dniu 4 bm. Przy sposobności rozpraw nad budżetem Ministerstwa oświaty Wydział budżetowy wniósł następującą rezolucyję: „Wzywa się Rząd, aby w myśl rezolucyj Izby poselskiéj z d. 2 marca 1872, 12 maja 1879 i 22 kwietnia 1880 r. przystąpił do uzupełnienia Uniwersytetu lwowskiego Wydziałem lekarskim, i aby w tym celu, o ile to jest możebném, już w budżecie na r. 1883 odpowiednią kwotę zamieścił“. Poczém zabrał głos poseł styryjski Dr. Rechbauer, twierdząc, że nie widzi potrzeby Wydziału lek. we Lwowie, ponieważ na Wydziale lek. w Krakowie zapisanych jest około 160 słuchaczy, a więc napływu nie ma wcale. Dalėj przypomina historyję powstania Wydziału lekarskiego w Gracu. Otóż Wydział krajowy zobowiązał się płacić rocznie 3000 zła., miasto Grac zapłacilo jednorazowo 8000 zlr., a styryjska Kasa oszczędności pokryła koszta urządzenia, które wynosiły 20,000 zła. Oprócz tego Styryja zobowiązała się płacić 300.000 zla. na budowę akademii technicznéj. — Cyfry te są bardzo wymowne, o ile dowodzą, że i zaprowadzenie Wydziału lek. we Lwowie nie obeszłoby się bez znacznych ofiar ze strony kraju. — W odpowiedzi Rechbauerowi poseł nasz Hausner podał, że na Wydział lekarski w Krakowie uczęszcza 200 słuchaczy. Otóż i ta cyfra nie zgadza się z prawdą. Przypominamy, że w Nrze 50 tygodnika naszego w r. 1881 sprostowaliśmy cyfrę tę i podaliśmy na podstawie wykazu urzędowego, że w półroczu bieżącém Wydział lek. w Krakowie liczy 238 uczniów zwyczajnych i 21 nadzwyczajnych. A nie wątpimy, że liczba ta od owego czasu jeszcze się zwiększyła, przynajmniéj pod względem uczniów nadzwyczajnych. Szkoda, że p. Hausner nie postarał się o cyfrę prawdziwą, aby prawdziwy stan rzeczy wyświecić!

* P. minister oświaty w kredycie dodatkowym na r. 1882 umieścił kwotę 1620 zła. na utworzenie nadzwyczajnéj profesury farmakologii w Uniwersytecie Jagiellońskim. Izba poselska zgodziła się na kredyt dodatkowy, — tym sposobem mianowaniu kandydata przez Wydział lek jeszcze w roku przeszłym przedstawionego nic nie stoi na przeszkodzie, i dla tego nominacyi téj niezadługo spodziewać się należy. Ustanie nareszcie prowizoryum, trwające po części od śmierci śp. prof. Skobla; prowizoryjum zaś trwało tak długo, ponieważ przedmioty wykładane przez prof. Skobla wypadało podzielić między dwóch profesorów, z których wedle zwyczaju zaprowadzonego na innych uniwersytetach przedlitawskich (z wyjątkiem Wiednia) jeden jest zwyczajnym, a drugi nadzwyczajnym. Ponieważ już dawniéj mianowany został zwy-

czajny profesor patologii ogólnéj, więc mianować się mający profesor farmakologii musi być nadzwyczajnym. W Gracu zachodzi stosunek odwrotny; tam katedrę zwyczajną uzyskał farmakolog a nadzwyczajną patolog.

* Dowiadujemy się, że Wydział gospodarczy III Zjazdu lekarzy i przyrodników zarządził powtórne wydanie Dziennika Zjazdu, którego nakład był wyczerpany i prenumeratorom drugiego wydania został już Dziennik przesłanym.

* Celem sporządzenia ponownego spisu lekarzy krakowskich, ich miejsca zamieszkania i godzin ordynacyjnych, uprasza się o podanie szczegółów na ręce sekretarza Tow. lek. Dra Jana Rosnera.

* Gorliwy współpracownik nasz Dr. St. Smoleński, lekarz kąpielowy i kierownik zakładu wodoleczniczego w Jaworzu (Ernsdorf, pod Bielskiem, na Szlązku austr.), objął współpracownictwo tygodnika *Centralblatt für klinische Medicin* w Bonn wychodzącego z obowiązkiem zdawania w tymże sprawy z bieżącéj literatury klinicznéj polskiéj. Autorowie polscy zapewne nie omieszkają nadsyłać Drowi Smoleńskiemu prac swoich w odbitkach w celu rychłego zdania sprawy z nich w Centralblacie.

* Otrzymaliśmy następujące sprawozdanie z prośbą o umieszczenie:

Wydział medyczny Towarzystwa Naukowego Akademików Polaków w Berlinie rozpoczął działalność swą dnia 1go grudnia zeszłego roku i liczył w początku 18tu członków. W ciągu półrocza wystąpił jeden, tak iż obecnie należy do wydziału 17tu. Posiedzenia odbywały się raz w tygodniu, na których zajmowano się odczytami i wykładami terminologicznemi polskiemi. W czasie od 1go grudnia do końca półrocza następujący koledzy wygłosili swe odczyty: 1. kol. Spychalski: „O ciepłocie ustroju zwierzęcego“; 2. kol. Trzciński: „Ogólny pogląd na anatomiję porównawczą przewodu pokarmowego“; 3. kol. Wróblewski: „O cholerze indyjskiéj“; 4. kol. Jankowski: „O kołtunie“ 5. Kołodziéj: „O torbielach i torbielakach jajnikowych i o owaryjotomii czyli sposobie ich wyłuszczania“; 6. J. Panieński: „Ogólny pogląd na historyję medycyny do końca wieku 17go“; 7. Pomorski: „Pogląd anatomiczny na kanał pachwinowy i udowy“. Oprócz odczytów tych miewano na każdém posiedzeniu wykłady z anatomii, celem przyswojenia sobie terminologii polskiéj. Biblijoteka medyczna, dość szczupła w początku, powiększyła się o kilka dzieł, które Wydziałowi przesłano; mianowicie składamy p. Dr. Wicherkiewiczowi z Poznania, p. Dr. Wasserzugowi z Warszawy i p. Przepierzyńskiemu z Mroczenia niniejszém serdeczne dzięki. Do zarządu wydziału na czas półrocza zimowego należeli kol. Fr. Jankowski jako prezes, kol. Wróblewski jako pisarz i kol. K. Spychalski jako skarbnik. Na przyszłe półrocze letnie wybrano kol. A. Kołodzieja prezesem, kol. K. Wróblewskiego pisarzem i kol. J. Trzcińskiego skarbnikiem. Załączając przytém adres pisarza Wydziału N. kl. Hamburgerstr. 25 A. III, prosimy szanownych Panów kolegów o łaskawą pamięć o Wydziale.

Franciszek Jankowski przewodniczący. — *K. Wróblewski.* Pisarz.

* **Warszawa**. Czytamy w *Kuryjerze Warszawskim*, że na jedném z ostatnich posiedzeń Towarzystwa lekarskiego warszawskiego wybrano na członków honorowych Towarzystwa uczonych szwedzkich prof. Retziusa i Keya.

* *Medycyna* donosi, iż Dr. L. Lesser, docent chirurgii w Uniwersytecie lipskim, otrzymał od Ministeryjum spraw wewnętrznych pozwolenie wykonywania praktyki lekarskiéj w granicach państwa rosyjskiego bez poprzedniego składania egzaminu w jednym z rosyjskich uniwersytetów, a to na zasadzie zasług położonych na polu naukowém, oraz przebytych już egzaminów dozwalających mu praktykować w Niemczech.

* W ostatnim numerze berlińskiéj *D. med. Woch.* znajduje się list sarkastyczny p. t. „nowe tryjumfy naciągania“, napisany przez lekarza, który się ukrywa pod pseudonimem Dra Dehnera. Piszący podaje, że idąc w ślady Benedicta we Wiedniu naciągał moczowody w 20 przypadkach zaniku ziarnistego nerek ze skutkiem stanowczym. Wprawdzie raz moczowód mu się przerwał, ale operujący założył przetokę brzuszno-moczowodową. W przypadku, który zakończył się śmiercią z udaru mózgowego, piszący znalazł w nerce zanikowéj nowoutworzone komórki przybłonkowe, z czego wynika, że zabieg chirurgiczny wywołał stan drażnienia w nerce, który pociągnął za sobą nowoutworzenie się przybłonka. Zachęcony tém powodzeniem w zaniku nerek operator naciągnął już i przewód wątrobowy w przypadku marskości wątroby i zamierza przystąpić do naciągania nerwów błędnych i oskrzeli w przewlekłych przypadkach zaniku płuc; wreszcie zapytuje się, czy nie możnaby uleczyć obłąkania porażennego przez proste wyjęcie zęba, w którém nie obejdzie się przecież bez naciągania odnośnych gałązek zębowych?

Redakcyja zapewnia, że list ten pochodzi od znakomitego newropatologa, a z treści jego widoczna, że piszący miał zamiar wychłostać jenijalne niedorzeczności prof. Benedicta we Wiedniu, który niedawno w liście ogłoszonym w *Centralbl. f. Nervenkr.* wspomniał był, że w pewnym przypadku wiądu rdzenia pacierzowego po naciąganiu, wprawdzie przy sekcyi znalazł zwykły obraz anatomiczny, lecz że widział, jak śród ruin nerwowych nowe wykwitało życie.

* Prof. Liman w Berlinie, którego sprawa o obrazę homojopatów, już kilkakrotnie sądzoną była, ponownie został uniewinnionym.

* Jak donosi *Berl. klin. Woch.* odnaleziono w Pradze czeskiéj u tandeciarza tablice anatomiczne Vesala (sporządzone według rysunków Tiziana). Z tablic tych istniały dotychczas tylko dwie, reszta uchodziła za niepowrotnie zaginioną.

* **Mianowania i odznaczenia**. Katedrę opróżnioną po Spiegelbergu we Wrocławiu ostatecznie przyjął i otrzymał prof. Fritsch z Hali.

* **Wiadomości osobowe**. Lekarz powiatowy w Samborze, Dr. Franciszek Turek, przeniesiony na własną prośbę w stan spoczynku otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa w uznaniu długoletniéj i skutecznéj działalności w publicznéj służbie zdrowia.

Stopień doktora w. n. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Czesław Górski rodem z Bochni.

* **Nekrologija**. D. 2 marca umarł w Wiedniu z porażenia serca radca dworu, prof. Dr. Wojciech Duchek, w 58 roku życia. Zmarły urodził się d. 1 grudnia 1824 r. w Pradze czeskiéj, gdzie ojciec jego był lekarzem praktycznym; tamże uzyskawszy stopień doktora w r. 1848 był zrazu sekundaryjuszem w zakładzie dla obłąkanych, a potém asystentem prof. Hamernika; po napisaniu kilku rozpraw naukowych, zwłaszcza o atrofii postępującéj mięśni i o szkorbucie, powołany został w r. 1855 jako profesor kliniki wewnętrznéj do ówczesnéj akademii chirurgicznéj we Lwowie, a w rok późniéj do Heidelbergu. W r. 1858 mianowany został profesorem w akademii jozefińskiéj w Wiedniu, a po ustąpieniu Skody objął katedrę jego w Wydziale lek. Uniwersytet wiedeński traci w nim jednego z najlepszych profesorów, uczniowie i chorzy opiekuna życzliwego, a nauka dzielnego badacza. Pogrzeb Ducheka dowiódł, jak wielce był czczony nieboszczyk i kochany. Przeszło 2000 słuchaczy wszystkich akademij wiedeńskich oddało cześć ostatnią zmarłemu profesorowi; nie brakło téż reprezentantów Rządu i Parlamentu; pomiędzy ostatnimi deputacyja czeska z Drem Riegerem na czele stanowiła dowód, że Duchek nie przestał być Czechem, pomimo długiéj nieobecności w ojczyźnie swojéj; to téż Časop. lék. česk. poświęca mu wspomnienie zaszczytne.

We Wiedniu umarł Dr. Leon Lande, pomocnik lekarza powiatu warszawskiego, w powrocie z Włoch; w Warszawie zaś Dr. Andrzej Wierzbicki, lekarz praktykujący w Woroneżu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

w *Medycynie* Nr. 8: Florkiewicza: Spostrzeżenia z praktyki prywatnéj i szpitalnéj I Rak pierwotny całego płuca; w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 9: Heringa: O wynikach mechanicznego leczenia zwężeń krtani; Sokołowskiego; W sprawie leczenia klimatem swojskim (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Prof. TAMASSIA (w Pawii): La putrefazione dell'utero. Reggio nell Emilia 1882. (Osobne odbicie z „Rivista sper. di med. legale“) in 8vo str. 22.

Dr. Alfred SOKOŁOWSKI (w Warszawie): Sprawozdanie szpitalne z oddziału dla chorób piersiowych i gardlanych przy szpitalu św. Ducha w Warszawie. (Odbicie z „Gaz. Lek.“ 1881) in 8vo str. 12.

Tenże: Spostrzeżenia kazuistyczne ze szpitala św. Ducha w Warszawie. (Odbicie z „Medycyny“ 1881) in 8vo str. 16.

Prof. Dr. M. KAPOSI: Pathologie u. Therapie der Hautkrankheiten in Vorlesungen für pract. Aerzte u. Studirende. 2te verbess. u. vermehrte Aufl. I Hälfte (1—27). Wien u. Leipzig, Urban et Schwarzenberg 1882, 8vo m. p. 432.

Piśmiennictwo lekarskie. HOUZÉ de l'AULNOIT A. Thérapeutique chirurg. Des pansements à la période ischémique, àl'aide de l'élévation verticale du membre. 8. Paris, J. B. Baillière. Fr. 1/2.

HUSEMANN Aug., A. HILGER u. Thdr. HUSEMANN. Die Pflanzenstoffe in chemischer, physiologischer, pharmakologischer u. toxikologischer Hinsicht. 2 Aufl. 1 Lfg. gr. 8. Berlin, Springer. M. 6.

KUNDRAT H. Die Porencephalie. Eine anatomische Studie. Mit 9 Tfln. Lex, 8. Graz, Leuschner et Lubensky. M. 9.

LUYS J. Le cerveau et ses fonctions. 4 éd. 8 Paris, Germer Baillière et Co. Fr. 6.

MIREUR H. La syphilis et les assurances sur la vie. 2 éd. 8. Paris Masson. Fr. 2.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dn. 15go b. m. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém 1. kol. prof. Browicz okaże i objaśni kilka zajmujących preparatów z Zakładu anatomii patologicznéj; 2. kol. prof. Korczyński poda „przyczynek do etyjologii i rozpoznania wrzodów gruźliczych pierwotnych w jelitach".

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Redakcyja Medycyny: Rozprawkę wysłaliśmy do Chersonu.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 18 marca 1882. № 11. Rok XXI.

I. O śródbłoniakach i ich stosunku do raka.

Podał prof. **Browicz.**
(Wykład na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 15 lutego 1882).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10)

Regina Sroka, l. 40, (Nr. 215 prot. z dnia 20 marca 1881). W jamie brzusznéj parę litrów cieczy mętnéj. Otrzewna ścienna prawie w całości zgrubiała (do 2 mm.) ścięgnistego wejrzenia, o powierzchni falistéj, nierównéj, tkanka podotrzewnowa zgrubiała, naciekła w niektórych miejscach białawą masą dokładnie od pokładu mięśniowego odgraniczającą się. Na miejscach ścięgnisto nie zwyrodniałych znajdują się pokłady miękkich aksamitnego wejrzenia obok pojedyńczych nieznacznych brodawkowatych, szypułkowych tworów. Sieć wielka lejkowato skręcona w kształcie postronka twardego przebiega skośnie przez jamę brzuszną ku dołowi i ku stronie prawéj i przyczepia się swym końcem do otrzewnéj w okolicy pachwinowéj. Złożoną ona jest z tkanki włóknistéj, zbitéj, ścięgnistego wejrzenia. Na otrzewnéj jelitowéj i krezce rozsiane drobne guziczki, brodaweczki, w kępy gęste skupione, jakby króciutkie kosmki i płaskie, szarawe narośle. Posunąwszy ręką po otrzewnéj głównie jelitowéj doznaje się uczucia, jak gdyby posypaną była grubo ziarnistym piaskiem. W jelicie biodrowém w kilku miejscach tkwią w ścianie jelita guzy wielkości małego orzecha laskowego. Otrzewna w miejscach tych przedstawia się zgrubiałą, ćmą, lecz gładką. Guzy wypuklają się do światła jelita, tworząc na wewnętrznéj powierzchni półkuliste wyniosłości, pokryte błoną śluzową gładszą aniżeli w sąsiedztwie, lecz zresztą prawidłowego wejrzenia, w jedném tylko miejscu na szczycie owéj półkulistéj wyniosłości widać płytkie, powierzchowne owrzodzenie błony śluzowéj o brzegach ostrych, dosyć regularnych, kształtu kolistego. Na przekroju podłużnie do osi jelita uskutecznionym spostrzega się budowę warstwową. Po nad zgrubiałą błoną surowiczą leży pokład tkanki miękkiéj, białawéj, po nad tą warstwą przedstawia się nieco zgrubiała warstwa mięsna w kształcie szarawego łukowatego pasma. Tkanka podśluzowa zgrubiała i ścięgnista łączy błonę śluzową nie dającą się po nad guzem przesunąć a wychodzącym widocznie z tkanki podotrzewnowéj. Torebka wątroby zrostami włóknistemi do przepony i ściany brzusznéj poprzyrastanéj na przodkowéj i górnéj powierzchni wątroby do 2 mm. w niektórych miejscach do 3 mm. grubości. Wśród tak zgrubiałéj torebki widać cienkie, podłużne, jaśniejsze pasma tuż na granicy miąższu przebiegające i od brunatno-czerwonego zabarwienia miąższu odbijające. W dwóch miejscach owa masa biaława tworząca owe pasma wsuwa się w kształcie klina na parę milimetrów w głąb miąższu wątrobowego. Trzewa brzuszne zresztą i w tym przypadku prócz wymienionych już zmian w ścianie jelita biodrowego i w torebce wątroby nie przedstawiały żadnych ze względu na sprawę nowotworową znaczenie mieć mogących zmian.

Badanie mikroskopowe wykazało następujące zmiany:

W przypadku 1 i 3, w których zmiany najmniéj były rozwinięte i najmniéj liczne, przedstawiała błona otrzewnowa tak jelitowa jakoteż ścienna w miejscach owych powyżéj wspomnianych płaskich, szarawych, zbitych guziczków obraz, który tłumaczy bardzo jasno sposób wytwarzania się nowotworu, późniéj tak znaczne rozmiary przedstawiającego. W miejscach tych zmiana odnosi się do powierzchownych warstw błony surowiczéj. Powłoka śródbłonkowa pokrywająca powierzchnię otrzewny zaledwie gdzieniegdzie utrzymana. Komórki te utrzymane jeszcze były nieco jakby napęczniałe, ziarniste o niewyraźnem, barwikami nie dokładnie uwydatniejącém się jądrze. Nie tworzyły one jednak nigdzie na miejscach badanych jednolitego pokładu. Wśród warstw powierzchownych otrzewnéj, złożonéj z włóknistych, falisto i równolegle do powierzchni ułożonych pasm, tworzyły okrągłe drobne, limfoidalne komórki niejednostajny naciek. Tuż przy powierzchni położony pokład téj tkanki włóknistéj był

zbitszy i jednolitszy. Pomiędzy pasmami i pęczkami tak zmienionéj tkaniny znajdowały się ogniska komórek kubicznego kształtu, o wyraźném owalném jądrze jąderko zawierającém, pierwoszczu jednostajnego wejrzenia, w cienkiéj warstwie jądra otaczającém. Komórki te częścią wypełniały mozajkowo szczeliny i szpary międzypasmowe, częścią ułożone były w szeregi dwurzędne lub też ułożone były w kształcie pierścienia okrągłego lub nieco owalnego. Według kierunku przekroju przeważały bądź to podłużne rzędy owych komórek, bądź to pierścieniowate grupy. Tak owe podłużne rzędy jakoteż pierścieniowate grupy stanowiły widoczną wyściółkę kanałów, których światła były próżne. Pokłady komórek przylegały bezpośrednio do ścian tychże przestworów. Im bliżéj tkanki podsurowiczéj, tém mniejszy naciek limfoidalny i tém rzadsze owe ogniska komórek na kształt przybłonkowych wyścielających przewody. Gdzieniegdzie ciałkami czerwonemi wypełnione naczynia przedstawiały ściany normalnego składu. Obraz taki znalazłem w znaczniéjszéj liczbie badanych guzków, różnica jedyna pomiędzy niektóremi polegała na rozmaitéj ilości owych ognisk komórkowych i ich wymiarach.

W miejscach, gdzie jak w przypadku 1, znajdowały się płaskie, miękkie o brodawkowatéj powierzchni narośle i naloty, obraz był już odmienny. Powierzchnia tych narośli, jak to już wolném okiem widzieć można było, pokrytą była wybujałościami tkankołącznemi, mikroskopowo przeważnie z wrzecionowatych komórek złożonemi, które to wybujałości brodawkowate, niektóre rozgałęziające się, pokrywał pokład jednowarstwowy komórek kubicznego kształtu, podobnych zupełnie do tych, jakie w pierwszéj formie zmian powyżéj przytoczonéj wśród utkania otrzewnéj się znajdowały. Gdzieniegdzie, ale tylko w miejscach ograniczonych, pokład ów utworzony był z dwóch, trzech warstw komórkowych, z których górne tworzyły komórki nieco płaściéjsze o jądrze jakby napęczniałém, jednostajnego wejrzenia, nie barwiącém się, gdy przeciwnie pierwoszcze wązkim rąbkiem jądra okalające lekko się zabarwiało (jako barwików używałem pikrokarminu lub hematoksyliny). Pokład ów komórkowy wsuwał się w dalszym ciągu w głąb utkania otrzewnéj wyścielając jak gdyby gruczoły cewkowe, które to zgłębiania powierzchni albo ślepo się kończyły albo też łączyły się z szczelinami głębszemi, takiemiż samemi komórkami wyścielonemi. Utkanie otrzewny stawało się w miejscach tych wybitnie przestworowém. Przestwory te rozmaitego kształtu i rozmiarów wyścielone były podobnym pokładem komórkowym, gdzieniegdzie jak mozajka wypełniającym cały przestwór. Komórki tych mozajkowych pokładów, bezpośrednio do siebie przylegające, przedstawiały kształt wieloboczny, gdzieniegdzie regularnie sześcioboczny. Tkanina pośrednia międzyprzestworowa przedstawiała wejrzenie czysto włókniste lub też obfity naciek limfoidalny. Przestwory, jak wspomniałem, nieregularnego kształtu łączyły się tu i owdzie ze sobą, przez co powstały przestwory jakby zatokowate. Im bliżéj ku tkance podsurowiczéj, tém bardziéj obraz przybierał wejrzenie zbliżone do tego, jaki powyżéj o miejscach guziczkowych skreśliłem.

Jakkolwiek podobieństwo do komórek przybłonkowych (*epithelia*) kubicznego kształtu jest widoczne, to jednak uwzględniając brak wszelkich zmian proliferacyjnych w miejscach fizyjologicznych pokładów przybłonkowych, na którą to okoliczność powtórnie zwracam uwagę, uwzględniając daléj ten szczegół, iż zmiany owe ograniczały się wyłącznie do otrzewnéj, któréj nawet nie przekraczały, wreszcie ugrupowanie rzędowe, pasmowe i pierścieniowate, tworzące wyściółki przestworów o widoczném świetle i rozgałęziających się na kształt przestworów limfatycznych, musimy zmiany powyższe odnieść wyłącznie do pokładu śródbłonkowego, tworzącego istotną część składową przestworów limfatycznych; naczynia krwionośne, o ile na preparatach widoczném było, przedstawiały, jak to już nadmieniłem, prawidłowe wejrzenie. Komórki pokładu śródbłonkowego powiększyły się, w skutek czego wyściółka śródbłonkowa przestworów limfatycznych stała się widoczną. Komórki te daléj rozmnażały się, jak tego dowodzą te miejsca, w których przestwory wypełnione były komórkami śródbłonkowemi, jakkolwiek mogły być one w te miejsca naniesionemi z innych przestworów, w których pokład komórkowy się oddzielił. Za postępującą preliferacyją przemawia jednak i ów pokład komórkowy, pokrywający owe brodawkowate wybujałości, jakie w miejscach niektórych znajdowały się, a które w bezpośrednim były związku z ogniskami komórkowemi śródotrzewnowemi.

Różnorodniéjszy obraz przedstawiał przypadek drugi. Już makroskopowo miękki soczysty naciek wśród sieci zgrubiałéj w kształcie postronka skurczonéj, pokład miękkiéj soczystéj tkaniny wyścielający miednicę małą, rozległość zmian różnią przypadek ten od poprzednich, nie mniejsza różnica istnieje i pod względem histologicznym. W pokładach téj nowotworowéj tkaniny zmiany są daléj rozwinięte, genetyczna cecha coraz mniéj wyraźna, czasem coraz bardziéj się zbliżała do utkania przez wielu jako charakterystyczna cecha raka uważanego. Gdy w poprzednich dwóch przypadkach gruczoły limfatyczne nie przedstawiały ani makro- ani też mikroskopowych zmian nowotworowych, w tym przypadku gruczoły limfatyczne zaotrzewnowe były, jakkolwiek nieznacznie, zmienione.

Obok zmian analogicznych ze zmianami w poprzednich obu przypadkach znajdowały się następujące zmiany w sieci, na i wśród otrzewnéj, wyścielającéj miednicę małą, jakoteż w gruczołach limfatycznych zaotrzewnowych. W sieci naciek nowotworowy przedstawiał wybitną budowę jamistą. Pasma i beleczki nader rozmaitéj grubości tworzyły przegrody międzyjamiste. Pasma te utworzone były z tkanki łącznéj włóknistéj, w niektórych miejscach wśród nich obfity naciek limfoidalny, jamki te czy przestwory międzypasmowe były rozmaitéj wielkości i kształtu i tworzyły niejako jednolity system przestworowy. Przestwory te wypełnione były komórkami rozmaitéj wielkości i wielokształtnemi, o wyraźném jądrze, lekko ziarnistém pierwoszczu, wiele z nich były klejnowo zwyrodniałe. Komórki te wypełniały bezładnie wnętrze przestworów, nie okazywały silniéjszego związku z tkanką podścieliskową. Podobny obraz przedstawiały pokłady wyścielające miednicę małą, i tu również budowa jamista była bardzo wybitną, oba składniki, tak tkanka łączna podścieliskowa jakoteż ogniska komórkowe, przedstawiały ten sam stosunek co w sieci zwyrodniałéj. W głębszych jednak warstwach zwyrodniałéj otrzewny, z któréj pokłady owe wyrastały, jakoteż w krańcowych partyjach, w których otrzewna już prawidłowsze przedstawiała wejrzenie, można było spostrzegać takież same ogniska podłużne i pierścieniowate w szczelinach śródtkankowych, jak w przypadku naszym pierwszym i trzecim, w których nowotwór dopiero w zawiązku się znajdował. Komórki w skład obu tych gatunków ognisk komórkowych wchodzące a mianowicie wśród pokładu powierzchownego miękkiego, soczystego i wśród głębszych warstw otrzewny graniczących z tkanką podsurowiczą, ró-

żniły się bardzo swem wejrzeniem jakotéż ugrupowaniem pomiędzy sobą, jak to z powyżéj skreślonych obrazów wypływa. W gruczołach limfatycznych powiększonych w skutek zwykłego rozrostu *(hyperplasia)* znajdowały się wśród utkania gruczołowego, mianowicie w obwodowych, powierzchownych częściach, tu i owdzie ogniska komórek większych, jądrzastych, w ogniska skupionych, tkwiących wśród utkania budowy jamistéj.

W przypadku czwartym różność tych zmian i stopień ich rozwoju były jeszcze większe. Otrzewna ścienna i sieć były, jak to w ustępie z protokółu sekcyi przytoczonym wspomniano, znacznie zgrubiałą, twardą, przedstawiała obraz znacznie rozwiniętéj marskości otrzewny *(cirrhosis peritonei).* Nowotwór rozwijał się i rozrastał bardziéj w kierunku tkanki podsurowiczéj tak na otrzewnéj ściennéj, jakotéż w kilku miejscach na otrzewnéj jelitowéj, w których wytworzyły się guzy kuliste, wsuwające się do światła jelita. Wreszcie obecność złogów wapniowych w postaci gruboziarnistego piasku, czyniących powierzchnię chropawą, wyróżniał już makroskopowo przypadek ten od trzech poprzednich.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Działanie lecznicze salicynu.

Napisał Prof. Dr **Korczyński.**

(Ciąg dalszy Patrz Nr. 10).

Działanie przeciwgorączkowe w suchotach płucnych.

Badanie jest tu daleko trudniejsze z powodu, że gorączka w téj chorobie bardzo często ma przebieg nieregularny, zawisły częstokroć od wielu wpływów ubocznych, a niekiedy wśród napozór regularnego toru gorączki nastają chwilowe zwolnienia lub nasilenia niczém wytłumaczyć się niedające. Trudności te starano się przezwyciężyć dbając o to, aby zachowanie się chorych w okresie doświadczeń było, o ile można, jak najodpowiedniejsze, dyjeta jednostajną a nadto na kilka dni przed podaniem leków przeciwgorączkowych pozostawiono chorych przy lekach obojętnych i mierzono często ciepłotę, aby powziąść dokładne pojęcie o torze gorączki. Ponieważ w chorobie téj nie zależy na chwilowém usunięciu stanu gorączkowego, lecz na trwałém poskramianiu takowego, lub trwałém zapobieganiu wzniesień typowych, a do tego celu nadają się tylko małe dawki leku, któreby dały się używać przez czas dłuższy, przeto w przeważnéj liczbie przypadków używano dawek małych lub średnich (2—5gm.), rzadziéj dawek większych (6—10gm.), a raz tylko dawki 15gm.

Wyłączając przypadki nie dostatecznie obserwowane lub gdzie obserwacyja przez nagłe opuszczenie zakładu została przerwana, pozostaje tylko szczupła liczba 15 przypadków. Z pośród tych w 6 przyp. skutek był ujemny lub wątpliwy, wreszcie bezpośrednio dodatni lub przynajmniéj w tém znaczeniu korzystny, że albo ciepłota stawała się więcéj stałą albo że nie przychodziło do typowych eksacerbacyj. Przytém zapamiętać należy, że wszystkie przypadki bez wyjątku dotyczyły bardzo późnego okresu choroby, i że wszystkie odnoszą się do chorych umieszczonych wśród najniekorzystniejszych warunków higijenicznych. W praktyce prywatnéj, osobliwie w okresach wcześniejszych, otrzymywałem wyniki daleko lepsze, których dla tego tylko tu nie przytaczam, że nie mogę ich poprzeć dokładnemi pomiarami ciepłoty. Z powodu trudniejszych warunków oryjentowania się w przebiegu ciepłoty, opis poszczególnych przypadków będzie musiał być nieco dłuższy.

1. L. K., l. 31, gospodarz wiejski, przyjęty 4/5 wyszedł 28/5. *Phthisis bilateralis (in ap. d. in stadio destructionis, in ap. s. in stadio infiltrationis), laryngitis catarrh. chronica, catarrhus ventriculi, degeneratio adiposa hepatis, tumor lienis.* Początki choroby przed 7 laty; obecne pogorszenie od 6 miesięcy. Jeden gm. chininu w d. 7/5 obniżył ciepłotę z 38.3 na 37.6; podczas gdy 6/5 3gm. salicynu a w d. 9/5 3gm. kwasu salicylowego przy ciepłocie 38° takowéj nie obniżyły. Po chininie powstały znaczne nudności, po kwasie salicylowym wymioty, po salicynie zaś szum w uszach i ćmienie przed oczyma, tak że zaniechano zamierzonego podania dalszych 5gm.

2. M. Dz., lat 24, z ostremi suchotami przy ciepłotach 38.8, 39.5, 38.7, 2gm. sal. bez najmniejszego skutku.

3. S. F., l. 44. *Phth. ulcerosa. Tub. laryngis.* 8gm. w 2 dawkach przy ciepłocie 38° żadnego wpływu nie wywarły. Szum w uszach, zawrót głowy, ogólne osłabienie.

4. G. I., l. 26, służąca. Przyjęta 30/10 1876 umarła 1/3 1877. W drugiej połowie listopada przy podawaniu 3 r. dz. po 1gm. kwasu salicylowego ciepłota ranna waha się między 37.6—37.8, wieczorna 38.8—39°. W pierwszéj połowie grudnia ten sam przebieg ciepłoty mimo 3 razy dziennie po 1gm. chininu, tylko poty obfitsze. Od 20/12 ciepłota się podnosi i waha między 38.8—40°, a mianowicie najwyższe wzniesienie przypada na godz. 6 wieczór. Wzniesieniu temu nie zapobiegł ani sam salicyn podawany czasem o godz. 12téj, czasem o 2giéj po południu w ilości 2—4gm., ani téż nie obniżał średniéj dziennéj ciepłoty.

5. P. S., l. 23. *Phthisis pulm. Tuberc. laryngis et intestinorum.* Okres choroby bardzo późny.

godz.	31/1	1/2	14/3	15/3
8	39.7	39.4	37.6	38.4
10	—	38.9	38.4 *	38.1
12	40.	39.4	38.8	39.2
2	40.1 *	39.4	39.7	39.8
4	**39.8**	39.5	39.2	39.3
6	39.9	39	38.8	39
8	—	38.9	38.6	39
	* 4gm. s.	bez leku	* 6gm. sal.	bez leku

Za pierwszym razem nastaje nieznaczne i krótkie obniżenie ciepłoty, za drugim razem bezpośredniego działania nie ma, a wieczorne obniżenie ciepłoty nie koniecznie pochodzić musiało od salicynu.

6. M. A., l. 53. *Phthisis ulcerosa bilateralis. Infiltr adiposa hepatis. Cystitis.* Wynik podobny jak w przyp. poprzednim:

	14/6	17/6
8	39.2 (6gm. sal.)	37.8
10	**38.6** '	38 2 (8gm. sal.)
12	39	38.4
2	—	38.6
4	—	39
6	40	39.4

Po 8gm. silny szum w uszach. Żadnego wpływu na nieżyt pęcherza.

---

7. B. K., l. 14. *Infiltr. caseosa apicum, tumor lienis, dilatatio ventriculi in ind. anaemico.* Zmiany w płucach postępują szybko. Ciepłota ranna 37.6—38.2, wieczorna 39.5 do 40.

16/2 przy ciepłocie popołudniowéj 39° podano 2gm. chininu; w 2 godziny ciepłota opada na 38.5, a po dalszych

2 godz. na 37.9 i utrzymuje się nizką do popołudnia dnia następnego. Po chininie ból głowy, a po kilku godzinach wymioty.

23/2 po 4gm. kwasu salicylowego przy ciepłocie 38.5 o godz. 10 zrana, ciepłota utrzymuje się cały dzień na téj wysokości, podczas gdy dniem wprzód doszła wieczór do 40°.

W dniach 17/2, 20/2 i 28/2 poprzedzających podawanie salicynu ciepłota wieczorna wynosiła 39.7, 39, 39.6°. W dniach używania salicynu stan ciepłoty był następujący:

	18/2	21/2	1/3
8	37.8	38.4	38.2
10	37.9 (5gm. s.)	38.9	38.9 (6gm. s.)
12	38.4	38.9 (5gm.s.)	38.8
2	**37.5**	**38.2**	38.5
4	37.5	38.2	**37.6**
6	38.5	38.9	38.7
8	38.2	37.7	39.9

Podnoszenie się z razu ciepłoty w dniu 18/2 uważano i w innych przypadkach. Skutków ubocznych nie było.

8. B. B., l. 20; późny okres choroby. 16/4 rano przy ciepłocie 39.6 podano naraz 10gm. sal., poczém w godzinę ciepłota opada **37.8**, na téj wysokości utrzymuje się cały czas, a dopiero pod wieczór dochodzi z wolna do 38.8, podczas gdy poprzedniego i następnego dnia wieczór wynosiła 39.2. Przypady uboczne polegały na odurzeniu i szumie w uszach, które wystąpiły pod wieczór.

22/4 przy ciepłocie rannéj 37.8 stosowano cały dzień worki lodowe na klatkę piersiową: ciepłota opadła na 37.4 i w téj wysokości utrzymywała się aż do wieczora, podczas gdy dzień przedtém wynosiła wieczór 38.6°.

9. J. Z., l. 43. *Phth. ap. pulm. dextri, infiltr. ap. sin. Pleuritis dextra.*

4gm. salicynu pozostały bez wpływu; po 5gm. ciepłota z 38.8, a drugim razem z 38.5 na 6 godzin opada na 37.5, mimo stałéj dążności podnoszenia się wieczornego. Ubocznych przypadów żadnych, tylko poty się zwiększyły.

10. Ignacy S., l. 30. W obydwu szczytach dwie jamy rozpadowe. Od 28/10—22/11 (dni 24) przy używaniu 3 razy dziennie po 1gm. będźwinianu sodowego przebieg ciepłoty był bardzo nieregularny: Ciepłota ranna była 16 razy prawidłową, 6 razy niższą od prawidłowéj, a 2 razy podgorączkową (37.6—37.8°). Ciepłota wieczorna była 10 razy prawidłową, raz niższa od prawidłowéj rannéj, 11 razy podgorączkową, a tylko raz jeden doszła do 38.6

Od 22/11—2/12 (dni 10) przy podawaniu 3 razy dziennie po 2gm. salicynu ciepłota ranna była 6 razy prawidłową, 4 razy podgorączkową (38—38.1°), a ani razu nie była niższą od prawidłowéj. Ciepłota wieczorna była 7 razy prawidłową, dwa razy podgorączkową a raz od rannéj prawidłowéj niższą.

Tak przy używaniu będźwinianu sodowego jakotéż salicynu ustawały niekiedy dreszcze, a poty bywały zawsze bardzo obfite. Ciężar ciała z 69.200gm. podczas używania będźwinianu sodowego opadł na 68.300, a podczas używania salicynu na 67.500gm.

Średnia ciepłota ranna wynosiła z okresu leczenia będźwinianem sodowym 36.9, z okresu leczenia salicynem 37.5; średnia ciepłota wieczorna w okresie pierwszym wynosiła 38.15, w okresie drugim 37,8, z czego wynika, że podczas używania salicynu ciepłota była więcéj stałą i wahała się wśród mniejszych granic. Bezpośredniego wpływu na obniżenie ciepłoty salicyn nie miał.

11) F. K. lat 34, przyjęty 6/5 w bardzo podobnym okresie choroby; umarł 15/6.

Chinin w ilości 3gm. przy ciepłocie 39.6 w dniu 15/5 już po godzinie obniżył ciepłotę o 2.2°, po 7 godzinach wśród trwania objawów lekkiego zatrucia (znaczne ogłuszenie i ckliwości) o 3.6°; w ilości 2gm., w dniu 17/5 przy ciepłocie 39° obniżył ciepłotę o 2°, i zapobiegł zupełnie wieczornéj eksacerbacyi.

6gm. salicynu w dniu 8/5 były zupełnie bez skutku, zaś 10gm. w dniach 9/5 i 10/5 o godz. 8 przy ciepłocie 38.8 zatrzymały przez cały dzień ciepłotę na tym stopniu, podczas gdy w następnych 4 dniach, gdy chory nie używał żadnego leku przeciwgorączkowego, ciepłota wieczorna wynosiła 39.4—40.4°. Przypadów ubocznych nie było.

12) W. K., lat 29, przyjęty 11/1, umarł 10/2. Okres późny, przebieg bardzo szybki. I tu działanie 2gm. siarkanu chininu było o wiele wybitniejsze aniżeli 6gm. salicynu.

godz.	13/1	14/1	15/1	16/1
8	39.6	40	40 (5gm. s.)	39.7
10	39.6	40 (6gm. s.)	39.3	39.8 (2gm. chin.)
12	39.6	**39.2**	**38**	38.5
2	39.9	39.3	39.1	**38.3**
4	40.4	40.2	40.1	38.2
6	40.6	41	40.1	38.5
8	40.4	40.4	39.7	38.9

6gm. salicynu obniżyły ciepłotę w pierwszym razie o 0.8, w drugim razie o 1.3°, a obniżenie to utrzymywało się kilka godzin. Wraz z ciepłotą zmniejszała się także znacznie liczba tętna. Po 2gm. chininu ciepłota obniżyła się w dwóch godzinach także o 1.3°, późniéj i tętno było mniéj częste, a obniżenie to było trwalszém, gdyż utrzymywało się przez cały dzień. Po salicynie nie było żadnych przypadłości ubocznych, po chininie tylko mierny szum w uszach.

Późniéj stosowane wstrzykiwania podskórne 1% kwasu karbolowego i 2gm. dawki salicylanu chininowego były bez wpływu na ciepłotę.

13) M. K., l. 64, przyjęta 29/11, umarła 15/2. Od 27/12 do 7/1 ciepłota ranna tylko 3 razy była prawidłową, zresztą podgorączkowa (37.6—38.1), ciepłota wieczorna wahała się między 37.8—38.6. Wieczorna ciepłota w 4ch dniach poprzedzających podanie salicynu wynosiła 37.8, 38.4, 38.6, 38.6. Od 10/1 ciepłota wieczorna wznosiła się, a w dniu 13/1, w przeddzień ponownego użycia salicynu, doszła do 38.2. Jak się w obec tego zachowywała ciepłota wieczorna pod wpływem salicynu, widać z następującego zestawienia:

godz.	7/1	8/1	14/1
9	38.6—112 (5gm. s.)	37.2 (5gm. s.)	37.8
11	37.4—108	36.5	37.9 (4gm. s.)
1	36 —100	36.4	38
3	36.1— 96	36.7	36.7
5	36 — 92	37	36

Chora czuła się przytém całkiem swobodna i nie okazywała najmniejszego śladu zapadu sił *(collapsus).*

14) M. Dz., l. 27. Przypadek ten służyć może jako przykład wielkiéj wrażliwości na środki przeciwgorączkowe mimo bardzo późnego okresu choroby.

Od 21/4—9/5 (dni 18) przy używaniu zrana i wieczór po ½gm. siarkanu chininowego gorączka z torem mocno zwalniającym przebiegała w ten sposób, że najniższa ciepłota ranna wynosiła 37.0, najwyższa wieczorna 40.3, a mianowicie ciepłota ranna była 11 razy prawidłową a 7 razy

podgorączkową; ciepłota wieczorna 6 razy podgorączkową a 12 razy gorączkową. W ostatnich 3ch dniach różnica między ciepłotą ranną a wieczorną wynosiła około lub przeszło 3°. — Z tego powodu podniesiono dawkę chininu do 2gm. (1gm. przedpołudniem a 1gm. w południe). Skutek był świetny, gdyż 9/5 ciepłota ranna wynosiła 37.8, wieczorna 38.3, a 10/5 ranna 37.7, wieczorna 37,5. Skoro tylko chinin usunięto, już w dniu 11/5 ciepłota ranna podniosła się do 38, wieczorna do 39.6, a następnego dnia wynosiła zrana 38.2, wieczór 39.4. Gdy wrócono do dawki dziennéj 2gm. chininu ciepłota już w dniu 13/5 wahała tylko między 38.4—38.8, a gdy następnego dnia chinin znów usunięto, ciepłota zrana 38.4 wynosząca doszła wieczór do niezwykléj wysokości 40.6. Podobny skutek uważano po 2gm. kwasu salicylowego. W dniu 15/5 gdy zrana ciepłota wynosiła 38.3, dla zapobieżenia wieczornéj gorączce podano o godz. 4 popołudniu 2gm. kw. sal.; istotnie ciepłota wieczorna tego dnia doszła tylko do 39°, podczas gdy następnego dnia, w którym nie podano leku przeciwgorączkowego, ciepłota wieczorna doszła do 40.6. — Chinin nie sprawiał żadnych przypadków ubocznych, kwas salicylowy powiększył biegunkę.

Przez następnych 7 dni, gdzie chora używała leku obojętnego, ciepłota wieczorna dochodziła do 40.3, ranna obniżała się do 38.2. Ten sam tor utrzymywał się podczas dwudniowego używania naparu naparstnicy. Dnia 26/5 przy ciepłocie rannéj 37.8 podano 2gm. salicynu; takowy w ciągu 4ch godzin obniżył ciepłotę o 0.8°, ale nie zapobiegł nasileniu wieczornemu, które doszło do 40.5. Następnego dnia, gdy przy ciepłocie rannéj 39° dano 4gm. sal., ciepłota co dwie godziny mierzona wynosiła: 38, 37.8, 37.4, 37.4, 37.6°. Z przypadków ubocznych pojawił się szum w uszach i zawrót głowy

(Dok. nastąpi).

III. O niezwykłym przebiegu i skutkach irydektomii w jaskrze.

Napisał Dr. B. Wicherkiewicz.

(Rzecz miana na posiedzeniu Sekcyi lek. Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu d. 9 lutego 1882).

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

Jak więc dawniéj według tego, cośmy wyżéj powiedzieli, nakłócie rogówki w jaskrze miało znaczenie jedynie rokujące, tak też dziś zawdzięczamy ezerynowi możność rozpoznania, czy operacyja w ogóle może jeszcze jakikolwiek odnieść skutek.

W tym więc tutaj przypadku zmiana, jaka po ezerynie na oku dotkniętém jaskrą nastąpiła, nie wiele rokować mogła nadziei. W kilku jednak innych przypadkach przekonałem się, że wynik pod względem wzroku, chociaż nadzwyczaj mały, byle tylko w ogóle osiągnięty po należytém zastósowaniu ezerynu, wzmógł się jeszcze znacznie po szczęśliwie dokonanéj operacyi.

Z téj też to przyczyny zdecydowałem się i w tym przypadku zaproponować choréj operacyję, podnosząc mianowicie i tę okoliczność, iż jeżeli przez nią nic więcéj nie osiągnie, to przynajmniéj, zachowawszy prawdopodobnie pozostałą jeszcze odrobinę wzroku, pozbędzie się dokuczliwych nieraz boleści.

Lubo nie bez trudności przystała chora na propozycyję. A że pragnęła jak najspieszniejszego powrotu do domu, odstąpiłem od przyjętego przez siebie zwyczaju wkraplania roztworu ezerynu przez kilka dni przed operacyją, i zaraz nazajutrz przystąpiłem do wykonania téjże.

Przy umocowaniu gałki, szczypczyki ustalające rozdzierały rozwiotczałą spojówkę dla tego zamiast tychże użyć musiałem instrumentu we formie małego grajcarka wkręcającego się w twardówkę, a unieruchomiwszy sobie tak gałkę wziąłem się do zrobienia cięcia nożykiem Graefego, wprowadziłem takowy do przedniéj komórki zwykłym sposobem 0,5 mm. przed przeźroczystym brzegiem rogówkę przekłuwając i w równém oddaleniu zrobiwszy wykłucie (kontrapunkcyję), wyszedłem nożem górą na saméj granicy rogówko-twardówkowéj, tworząc płat wysokości mniéj więcéj 2 mm., którego podstawa około 8 mm. wynosiła.

Lubo chora, która nie była sztucznie znieczuloną (narkotyzowaną), przez swe bardzo niespokojne zachowanie się utrudniała nadzwyczaj operacyję, tak poprzednie akty jak i następne bez wszelkiego minęły przypadku, a mianowicie wycięcie tęczówki z największą ostrożnością dokonane udało się najzupełniéj. Dla silnego jednakże napięcia, które wśród całéj sprawy operacyjnéj trwało a i po operacyi nie ustępowało, obawiać się trzeba było zwichnięcia lub nawet wystąpienia soczewki.

To też po skończonéj operacyi dokładniéj badając przed mającym nastąpić opatrunkiem, spostrzegłem w głębi zrobionego cięcia górny brzeg soczewkowy nieco ku górze zwichnięty, pozostający jednakże w związku z więzadłem Zinna. Że zaś nigdzie torebka nie okazała się choćby najmniéj uszkodzoną, przeto przystąpiono, w nadziei że soczewka cofnie się w swoje właściwe łożysko, do założenia lekkiéj uciskającéj opaski, pomnąc jednakże na to, że silniejszy nacisk musiałby ujemnie działać, bo jak to Graefe sam podniósł, opatrunek uciskowy na względnie już naprężoném oku wzmaga tylko znacznie niebezpieczeństwa.

Przed założeniem opaski włożono we wewnętrzny kącik nieco maści ezerynowéj; następnie udała się chora do łóżka, mając sobie polecone spokojne leżenie. Mimo to nie tylko zleceniu temu zadość nie uczyniła, ale nadto, jak się o tém przy wieczornéj wizycie dowiedziałem, ponownie łóżko w nieobecności dozorczyni opuszczała i schylając się szukała swych rzeczy. Ponieważ jednak na ból żaden nie narzekała, opaski dnia tego nie zmieniono. W nocy następującéj, t. j. z dnia 30 listopada na 1 grudnia, chora również była niespokojną a nadto dość silnie podobno kaszlała. Do bólu jednakże przy rannéj wizycie nie przyznała się.

Po zdjęciu opaski na plateczku pokazuje się nieco śluzu; rogówka w górnéj zwłaszcza części limfatycznie zamglona; brzegi cięcia dobrze przylegają do siebie; końce zwieracza są wolne; szpara tęczówkowa duża, napięcie prawidłowe. Spojówka znacznie mniéj przekrwiona.

Badając raz jeszcze przed założeniem opaski stan gałki, spostrzegłem, że zewnętrzny kącik powiek nieco odstaje, a gdy choréj kazałem wykonać kilka poruszeń gałką, podpadł mi wyzierający z po za powiek brzeżek jakoby soczewki, a wydostawszy to ciało lekko za pomocą łyżeczki Pagenstechera, przekonałem się, że to twarde jądro, żółto-jasne, średniéj wielkości.

Badając teraz powtórnie głąb gałki przez zamgloną rogówkę, rozpoznałem, lubo z trudnością, że i pozostała istota korowa soczewki była zamgloną, a mianowicie rozpoznawano jakoby fałdziki torebki przedstawiające się we formie paseczków od dołu ku górze ciągnących się, a potém jednolite zamglenie istoty po za tém się znajdującéj.

Odkładając zresztą dalsze badanie na późniéj, założyłem znowu zwykłą opaskę, kazawszy poprzednio przez 2 godziny robić łateczkami na lodzie ziębionemi okłady, aby zapobiedz silniejszemu oddziaływaniu przez mogące powstać pęcznienie pozostałości soczewkowych.

Okłady te przez kilka dni powtarzano, a w miarę jak limfatyczne zamglenie rogówki czwartego dnia ustępować zaczęło, coraz lepiéj badać n ogłem zaćmienie soczewki, które brało początek od samego dołu rozszerzonéj źrenicy, gdzie było najsłabszém, a wzmagało się coraz więcéj ku górze, najsilniejszém zaś było około równika soczewki. Górnego brzegu nie było można widzieć.

Stan oka przy sposobie leczenia, które i daléj polegało na okładach lodowych, zakraplaniu roztworu siarczanu zynku, polepszał się z każdym dniem, tj. rogówka wyjaśniła się zupełnie, utworzyła się głęboka przednia komórka, brzegi rany były dobrze spojone i tylko w okolicy téjże spojówka gałki nieco silniéj przekrwiona.

Już 8go grudnia przekonałem się, że soczewka zaczęła się od dołu wyjaśniać tak, że po kilku dniach, przy ukośném oświetleniu, nawet przebijał czerwone dno oka, co więcéj jeszcze nastąpiło, gdy badałem wziernikiem dno oka, które nie mogło jednak dobitnie się przedstawić. Przeczyszczanie się soczewki postąpiło dni następnych tak dalece, że około połowy grudnia już tylko przy dokładném ukośném oświetleniu rozpoznać można było zmętnienie w górnéj części soczewki pozbawionéj jądra, a wziernik oddał nam już nawet obraz jasny dna oka.

Tarcz sama biała z bardzo cienkiemi tętnicami przedstawiała się jak najwyraźniéj. Przy tém żadne dolegliwości nie dawały się choréj więcéj we znaki; naprężenie oka pozostawało prawidłowe, a może nieco nawet obniżone i w ogóle ogólny stan oka nie pozostawiał nic do życzenia. Wzrok jednak powoli się tylko znowu podnosił i doszedł do tego nieznacznego stopnia, w jakim był po ponowném zakraplaniu ezerynu krótko przed operacyją.

Ostatnia okoliczność w przypadku tym, niezawodnie arcy rzadkim i ciekawym, poucza nas o tém, czegośmy już wielokrotnie od czasu wprowadzenia ezerynu do okulistycznego lecznictwa doświadczać mieli sposobność, tj. że w przypadkach jaskry zapalnéj, tak przewlekłéj jak i ostréj, od operacyi tylko wtenczas pod względem wzroku czegoś spodziewać się można, jeżeli po zastósowaniu dobrego przetworu ezerynu wzrok upośledzony nie dawno poprawił się zupełnie, a zanikły w części powrócił; lubo w wielu razach jeszcze po operacyi wzrok zwolna daléj się poprawia i przewyższa nieraz rezultat osiągnięty ezerynem, to liczyć na tak pomyślny skutek tylko wtenczas będziemy, jeżeli jaskra od czasu zaniku wzroku nie zbyt późno przychodzi do leczenia.

W dniu, w którym chora opuszczała zakład, tj. 22 grudnia widać było jeszcze małe fałdy u torebki, a gdy się badało lupą, można było nadto także rozeznać takowe na przylegających do siebie warstwach kory przyjądrowéj.

Przypadek ten, który podobnego sobie, jeżeli się nie mylę, w literaturze nie ma, staje się głównie tém nader ciekawym, że po ostrożnie i prawidłowo dokonanéj irydektomii naprężenie zrazu niezmniejszone a następnie w skutek schylania się i kaszlenia zwiększone, było w stanie przy niespokojném zachowaniu się choréj pod opaską wycisnąć twarde średniéj wielkości jądro, jak pestkę ze śliwki, nie wywołując przy tém żadnego silniejszego wpływu ani na cały ustrój gałki ani też na pojedyńcze jéj części.

Nie mniéj zdumiewającém w tym całym przypadku jest wyjaśnienie się nie zbyt powolne zaćmionéj przez wyjście jądra istoty kory soczewkowéj. Pewną i niewątpliwą jest rzeczą, a doświadczenia wykazały to wielokrotnie, że soczewka nie zbyt silnie zraniona może albo zupełnie wyjaśnić się albo przynajmniéj zaćmienie powstałe nie przybiera większych rozmiarów.

Lecz czy w tak krótkim czasie kiedykolwiek zaćmienie tak obszernych rozmiarów, jak w rzeczonym przypadku, do tego stopnia ustąpiło, że badanie wziernikiem nie napotykało na żadne trudności, nie jest mi wiadomém i wątpić prawie można, chyba że wiarę damy Neftla (Virchowa Arch. Bd. 79, pag. 465 i następ.) podaniom, zbitym przez Hirschberga (*Ibidem*, Bd. 80 i *Centralbl. f. Augenheilk.* 1880, p. 260) i innych, podaniom o usunięciu zaćmień soczewek z jakichkolwiek powodów powstałych za pomocą prądu galwanicznego.

Jeszcze tylko chwil kilka poświęcimy uwagom nad nasuwającém się pytaniem, jak sobie sprawę zagojenia się obrażeń soczewkowych wyobrazić winniśmy?

W ogólności urazowe obrażenia torebki często bardzo doprowadzają do całkowitych lub częściowych zaćmień soczewki, a to dla tego, że torebka z powodu swéj elastyczności po przecięciu prędko się zwija narażając istotę soczewkową na bezpośrednie oddziaływanie chemiczno-fizyczne przylegających płynów i soków. Zwłaszcza urazy przedniéj torebki dla tego szybko doprowadzają do zaćm, ponieważ ciecz wodna na pęcznienie skóry niekorzystnie bardzo oddziaływa. Jeżeli jednak torebka w mniéjszym obszarze tylko zraniona, mogą brzegi cięcia ściśle do siebie przylegać. To też tam gdzie soczewka po obrażeniu nie ulegnie zaćmieniu postępującemu, przypuścić trzeba zagojenie się doraźne torebki. Nawet ciała obce mogą w soczewce pozostać, zasklepić się, nie wywołując w niéj żadnéj silniejszéj zmiany. Tam, gdzie rana torebki była prosta i gdzie wydobyło się trochę istoty kory soczewkowéj, po zamknięciu się rany woreczek tworzy fałdy a te wyrównać się tylko mogą przez odtworzenie się soczewkowéj istoty z jąder przysoczewkowych, jak to C. Pagenstecher (*Ueber Verletzung der Linsenkapsel Kl. Mts. Bl.* 1871) przypuszcza.

Dodać jednak wypada, że niekiedy powstać może złudne tylko zaćmienie soczewki, a to nieistniejące tłumaczyć sobie będziemy tém, że warstwy istoty soczewkowéj wśród torebki zmieniają obopólny stosunek do siebie; o czém się nieraz przekonać można, jeżeli przy operacyi ciecz wodna szybko odpłynęła. Przy ukośném oświetleniu mniemamy wtenczas, że widzimy zamglenie a badając wziernikiem przekonywamy się o przepuszczalności najzupełniéjszéj soczewki dla światła.

Na odwrót mimo chwilowéj a nawet dłużéj trwającéj przeźroczystości ciała soczewkowego zajść mogło istotne obrażenie torebki niewidzialne, i tak: soczewka nieco tylko zwichnięta doprowadza do niewidzialnego pęknięcia torebki przy równiku pomiędzy przyczepami więzadła Zinna do przedniéj i tylnéj blaszki torebki, za czém według Beckera (*Graefe-Sämisch Handbuch der Augenheilkunde* Bd. 5, pag. 276) przemawiają kliniczne spostrzeżenia, że w razie lekkiego zwichnięcia soczewki zaćmienie rozpoczyna się przy równiku i to dość późno.

Wracając raz jeszcze do naszego przypadku a opierając się na dotychczasowych doświadczeniach przypuszczać nam wypadnie, że i tutaj po wyjściu jądra warstwy zmie-

niły obopólny stosunek, a po bezpośredniém przylgnięciu przedniéj i tylnéj warstwy kory torebka znowu zrosła stała się za wielką, powstało więc wolne miejsce pomiędzy nią a korą, które to miejsce powoli w części przynajmnéj zapełniło się nowoutworzonemi cewkami z komórek przytorebkowych czyli nabłonkowych, które z czasem może zupełnie powstałą próżnię zapełnią [1]).

Wiemy, że cewki soczewkowe biorą swój początek od komórek przytorebkowych, które tylko na przedniéj połowie torebki aż do równika się znachodzą. Komórki te mają znamię i własność komórek nabłonkowych, mogą się więc odtwarzać (Valentina fizyjologija. II wydanie t. I, str. 314), skoro tylko torebka i pokład tych komórek pozostał nietkniętym.

Czy w moim przypadku cewki soczewkowe, szybko odtworzywszy się, tj. przedłużywszy się, jeżeli proces ten w ogóle tak szybko odbyć się może, przywróciły obopólny stosunek nie tylko pojedynczych cewek do siebie ale i warstw, a tém samém usunęły zaćmienie, czy też może płyn Morgagniego wydzielany z tych cewek i odtwarzający się zapełnił powstałą próżnię, lub czy też może przyspieszony obieg płynu soczewkę ożywiającego *(Ernährungsflüssigkeitsstrom)*, którego istnienie badał i kierunek starał się wytłumaczyć na kilku przypadkach chorobowych w nowszych czasach Dr. Samelsohn *(Kl. Mbl.* 1881, Juli) wypełnił owę powstałą próżnię, pozostanie tymczasowo jeszcze przypuszczeniem, dopóki dalsze doświadczenia lub szczęśliwe przypadki, w których ten stosunek będzie można badać drobnowidowo, nie wyjaśnią téj sprawy.

IV. Oceny i sprawozdania.

Piśmiennictwo sądowo-lekarskie.

I.

Dr. J. Mair: **Gerichtlich-medicin. Casuistik der Körperververletzungen u. Tödtungen durch mech. phys. Gewalt. Ingolstadt** 1881, in 8vo str. 227 i XV, cena 4 marki.

„Jeżeli przed wielu laty człowiek podał, że śród nocy ciemnéj uderzony został kamieniem w oko i że poznał napastnika przy świetle, które skutkiem tego uderzenia powstało w polu widzenia, i na téj podstawie wystąpił ze skargą: to skarga była nieuzasadnioną, a mądrość sędziów, którzy twierdzeniu temu nie wierzyli, na tém większe zasługuje uznanie, o ile znawca lekarski do rozprawy wezwany fakt uznał za możebny. Prawda, że więcéj jeszcze, niż ów człowiek obrażony, umiał korzystać z pierścieni ognistych baron Münchausen, sławny ze swéj niezwykłéj przytomności umysłu, który ile razy w nocy doznawał napaści ze strony niedźwiedzi, nie tylko światło do polowania potrzebne, ale ogień dla broni swéj palnéj wykrzesywał z oczu własnych, a praktyki téj dla tego tylko zaniechał później, ponieważ mu sprawiała ból oczu. To też stanowisko jenijalnego barona w obec praw przyrody było wyjątkowém i w wielu innych względach." Tak pisał Graefe w r. 1867 w odczycie p. t. *„Sehen u. Sehorgan,"* mianym dla szerszéj publiczności w Berlinie, a uwaga jego tyczyła się przypadku, który istotnie się zdarzył, a który nadto w fachowém czasopiśmie opisany został (w Hencke'go *Zeitschr. f. Staatsarzneik.* 1833, XXVI, zesz. 4, str. 266). W jakim téż celu zdanie to wypowiedziane przed 15 laty dla publiczności przeważnie nielekarskiéj, a wówczas dla lekarzy już wcale nie nowe, powtarzamy na tém miejscu? Otóż dlatego, że autor kazuistyki oczywiście nie znajdował się śród ówczesnych słuchaczów Graefego a z odczytem jego również musiał się nie spotkać, i z tego powodu powtarza ową bajeczkę, zapewniając za owym niefortunnym znawcą, że „nie można zaprzeczyć możności, iż człowiek w ciemności może rozpoznać chwilowo osobę za pomocą światła podmiotowego, które wypływa z oka własnego" (str. 90). Przypuszczenie téj możności przez autora piszącego w r. 1881 idzie w parze z możnością wytropienia złoczyńcy na podstawie włosów przylepionych do czapki, pozostawionéj w ręku napadniętego,—a możności téj dowodził Pfaff przed 10 laty. Rzecz dziwna, że węże morskie, hodowane przez niepowołanych pisarzów, nie wymierają w nauce, która odznacza się taką przezornością pod względem przypuszczania faktów, mogących zaważyć ciężko na szali sprawiedliwości!

Z góry przypuścić można, że w książce, w któréj spotykamy się z podobną wiadomością, nie brak będzie innych cennych faktów. To też nie potrzeba długo szukać. Na str. 109 czytamy w dosłowném tłumaczeniu: „Zabarwienie ciemno„czerwone lub sine na przodkowéj i na obydwóch bocznych „częściach szyi, włącznie z małżowinami usznemi, jakotéż „na klatce piersiowéj i po bokach jego, dowodzi"—zapewne czytelnik przypuści, że zmiana ta przemawia za tém, że zwłoki leżały na brzuchu? nie, według Maira ona dowodzi: „śmierci z uduszenia" (str. 109). Daléj: „Właściwa śmierć „z uduszenia jest szybką, a chociaż przy tem mózg przez „zastoinę krwi sympatycznie cierpi, to przecież „rzadko powstają drgawki" (str. 111). Albo bruzda „(w zduszeniu) nie jest pergaminową, jak u powie„szonych, lecz po największéj części bladą a przez to „odbijającą od fijołkowego zabarwienia części sąsiednich" (str. 111). Poprzestajemy jednak na tych kilku wyjątkach, aby kilku słowy podać jeszcze charakterystykę dzieła.

Autor zapewnia na wstępie, że zamierzył tylko zebrać istniejące rezultaty naukowe, sądząc, że zbieranie czasem jest użyteczniejsze od samodzielnego badania. Zapewne badanie i zbieranie mają swoje korzyści i wady. W dziełku swojém autor odsłonił nam tylko wady zbierania niezręcznego. Napisawszy poprzednio kilka kompendyjów chirurgicznych i sądowo-lekarskich opiera się głównie na tych swoich dziełach oraz na dziele sądowo-lekarskiém prof. Buchnera, które uważa za bardzo rozpowszechnione, a kazuistykę wypisał prawie wyłącznie z czasopisma *Friedreichs Blätter f. ger. Medicin*, nie podając nigdzie nazwisk autorów. Kto nie zna literatury, mógłby sądzić, że to kazuistyka autora; kto zaś zna literaturę, dziwić się musi, że autor ograniczył się do podania kazuistyki z czasopisma i dzieła bawarskiego, tak jakby extra Bavariam nie było wcale praktyki i nauki sądowo lekarskiéj. Rzecz naturalna, że lekarz, któryby chciał wyłącznie czerpać z książki Maira, nie dowiedziałby się nigdy, że istnieją znakomici lekarze sądowi, jak np. Liman, Skrzeczka, Maschka, Hofmann, Brouardel, Tamassia. Kazuistykę łączy autor niby w całość syste-

[1]) Że mimo tak znacznéj rany, jaką wyjście dużego jądra w torebce sprawiło, brzegi się nie zawinęły, przyczyny może szukać należy w przyczepach blaszek więzadła Zinna, które swą elastyczność a tém samém moc zawijania się torebki zmniéjszają lub znoszą, a może też część więzadła nieprzerwana a otaczająca po bokach otwór torebkowy przyrównikowy torebkę od cofnięcia się wstrzymując sprawia zbliżenie się brzegów rany.

matyczną, dodając tu i owdzie swoje własne uwagi, ale jakiéj one są wartości, wynika ze wstępu niniejszéj oceny.

Że książka Maira nie ma wartości naukowéj, dodać byłoby zbyteczném. Są książki, które pominąć milczeniem byłoby przyjacielską usługą oddaną autorowi. Ale cóż, kiedy życzliwe milczenie poczytuje się za ubliżenie autorstwu, jakkolwiek niepowołanemu. Jeżeli zaś choć mimowolnie przystępuje się do ocenienia takiéj książki, należy wytykać błędy, raz przez wzgląd na czytelników, powtóre przez wzgląd na siebie samego, bo niewytykanie błędów znaczy tyle, co identyfikowanie się z grzechami autora, czego przecież pomimo miłości bliźniego od nikogo żądać nie można.

Chcąc być złośliwymi moglibyśmy znaleźć pociechę we fakcie, że i literatura lekarska, tak poważna jak niemiecka, od czasu do czasu doznaje „wzbogacenia", którego mu nawet piśmiennictwo, tak biedne jak nasze, nie zazdrości.

II.

Dr. H. Kowalski: **O podbiegnięciach krwi ze stanowiska sądowo-lekarskiego.** Tarnów, nakładem Autora, 1881, in 8vo str. 43.

„*Hoc unum ante alia te admonitum velim, ut cum primum magistratus te ad relationem ferendam adhibebit, ne praeceps sis atque inconsultus in judicando dicendoque; mature omnia ac prudenter agas velim*" — takiéj pomiędzy innemi rady udziela znawcy ojciec medycyny sądowéj w r. 1602. Rada ta przypomniała nam się, gdyśmy przeczytali „otwarte wyznanie" autora rozprawki, do ocenienia któréj przystępujemy, a które dosłownie opiewa jak następuje:

„Ja sam zmuszony jestem wyznać otwarcie, że w takich wątpliwych wypadkach, co do uznania uszkodzenia cielesnego za ciężkie lub lekkie, nasuwały mi się mimowoli różne uboczne okoliczności, jak zapalczywość lub złośliwość sprawcy, czynna lub słowna onegoż zaczepka, które w miarę tego, czy obciążały, czy łagodziły czyn dokonany, rozstrzygały niekiedy o ciężkości lub lekkości otrzymanego obrażenia" (str. 36).

Autor zapewne nie rozważył całéj doniosłości zasady, do któréj tak otwarcie się przyznał, zasady, na którą żaden prawnik się nie zgodzi, a którą lekarze sądowi całego świata bezwzględnie i stanowczo potępić muszą.

Jeżeli lekarz sądowy, do takiéj zasady otwarcie się przyznający, śmiało wstępuje w szranki piśmiennicze, „w nadziei, że może odda niejaką przysługę lekarzom sądowym i prawnikom" (str. 1), obowiązkiem staje się krytyki, zapoznać się dokładnie z jego pracą, celem nabrania gruntownego przekonania, czy praca ta ma cechę naukową i czy odpowiada nadziei, jaką w niéj pokłada autor.

Zanim przystąpimy do treści czysto sądowolekarskiéj, powiemy słów kilka o układzie rozprawy. Autor zamierzył pisać o podbiegnięciach krwi ze stanowiska sądowolekarskiego. Pojęcie sądowolek. podbiegnięcia rozszerzył znacznie, bo podciągnął pod nie i wynaczynienia, które zdarzają się w oku, czaszce i kanale pacierzowym. Rozszerzenie to było niepotrzebném, bo zmusza go bądź co bądź do zapożyczania się u autorów, którzy rzecz lepiéj znają. Cóż np. powiedzieć o takim ustępie, jaki znajdujemy na str. 15 o wynaczynieniach krwi w ciałku szklaném, a który autor przypisuje Graefemu? Miałżeby coś tak nieumiejętnego wypowiedzieć ów jenijalny badacz i myśliciel? Autor nasz czerpał jednak nie z Graefego, lecz z Arlta; lecz zamiast dosłownie przytoczyć ustępy jego tak jasne z tłumaczenia polskiego Dra Buszka (O uszkodzeniach oka), wolał zacytować i Graefego, zmieniwszy nie do zrozumienia, a jednak do poznania, słowa Arlta. Porównajmy odnośne ustępy:

Kowalski str. 15.	Arlt-Buszek str. 16 i 15.
„Małe podbiegnięcia krwi w ciałku szklannêm czynią pole widzenia niedokładném, lub je częściowo znoszą, a pobici podają niekiedy, że widzą przed sobą przedmioty w mgle czerwonawéj. Gdy znaczna ilość krwi nagromadzi się w ciałku szklannêm, uszkodzony traci zupełnie poło widzenia, nie traci jednakże poczucia światła, które u pobitych z oderwaną siatkówką napotykamy (Graefe)."	„Mniejsza ilość krwi wynaczynionéj do ciałka szklanego zrządza sama przez się tylko mniéj lub więcéj znaczne przytępienie bystrości wzroku. Chory podaje, że przed okiem unosi się ciemny obłok albo płatek, a niekiedy, że przedmioty białe wydają mu się czerwonawemi. — Znaczna ilość krwi w ciałku szklaném pochłaniać może nawet szybko światło, a zatém pozbawić zupełnie poczucia światła."

Jeżeli dodamy, że bezpośrednio po tém rozpisuje się Arlt nad sposobem Graefego co do rozróżnienia, czy mamy przed sobą tylko nagromadzenie krwi w ciałku szklaném, lub téż nadto oderwanie siatkówki, — to otrzymamy komentarz tego, czego nie zrozumiał nasz autor. Podobny komentarz znajdziemy także na str. 14, 17 i 18 Arlta do ustępu naszego autora o przedarciu naczyniówki (str. 14), a na str. 20 do ustępu rozprawy Dra K., który przytaczam dosłownie:

„Zapalenie siatkówki, wywołane następowo przez podbiegnięcie krwi w jéj utkaniu, może zakończyć się częściową utratą pola widzenia, lub co najgorsza zupełną ślepotą, a to w skutek zaniku siatkówki i nerwu ocznego(!)" str. 33.

Rozszerzenie pojęcia „podbiegnięcia krwi" zniewala następnie autora do zastanowienia się i nad wynaczynieniem w mózgu. Udar włosowaty mózgu według niego jest podbiegnięciem krwi; pod względem opisu autor ma największe zaufanie do Bergmanna. Posłuchajmy:

Kowalski str. 15.	Bergmann str. 305, §. 262.
„R. Bright pierwszy opisał i odrysował tak zwane włosowate apopleksyje w mózgu, które tém się różnią od punkcików krwi, występujących na przekroju mózgu, że się nie dadzą zmyć wodą i przedstawiają się w postaci grudek krwi skrzepłéj, za pomocą końca nożyka podnieść się dających"	„R. Bright hat sie zuerst beschrieben und abgebildet. — Sie unterscheiden sich von den gewöhnlichen Blutpuncten auf Durchschnitten des Gehirns. Letztere bestehen aus frischem Blute, lassen sich abspülen. — Die cap. Apoplexien stellen dagegen Nadelkopf grosse Klümpchen geronnenen Blutes vor, welche als solche sich mit der Spitze des Skalpells herausheben lassen."

Lecz podczas gdy Bergmann bezpośrednio dodaje, że „wynaczynionki najczęściéj ograniczają się do okolicy mózgu, znajdującéj się pod częścią ugodzoną czaszki", Dr. K. w swém dziele pisze: „Takie włosowate apopleksyje, występujące po uderzeniach w głowę, napotykamy najczęściéj w okolicy rdzenia przedłużonego" i tu dopiero cytuje Bergmanna. Otóż § 203 w dziele Bergmanna istotnie rozpoczyna się od tych słów — ale nasz autor nie rozpatrzył się widocznie, że Bergmann pisze o wstrząśnieniu mózgowém i w § tym przechodzi do doświadczeń Dureta; uległ więc Dr. K. mistyfikacyi, biorąc skutek odnoszący się do doświadczeń na zwierzętach za ogólne prawidło i takowe prezentując „lekarzom sądowym i prawnikom" jako odnoszące się do obrażeń cielesnych na człowieku. Snać nie wie, że świetnym doświadczeniom Dureta niczego nie dostaje do doskonałości, jak tylko — aby wybroczyny na dnie ko-

mórki 4téj były choć raz sprawdzone na zwłokach człowieka, zmarłego z wstrząśnienia mózgowego, co jednak dotąd się nie udało.

W jakim celu autor rozpisuje się nad wstrząsem, nie pojmujemy, ale nie możemy oprzeć się pokusie przytoczenia ustępu, świadczącego o sposobie traktowania rzeczy:

„Obrażenie to nazywa Albert wstrząsem *(chok)* *(!)* i je „temi słowy opisuje:...... wnioskując z doświadczeń Golza, który „odsłoniwszy serce, żaby i pukając palcem o powłoki brzuszne nie„naruszone, albo też rozpruwszy brzuch i naciskając kiszki palcami, „za każdą razą widział zwolnienie bicia serca, a nawet jego czasowe „ustanie, możemy ten wypadek doświadczeń odnieść i do ustroju czło„wieka, témbardziéj, że ja sam uderzywsy się w sanki „w dołek podsercowy, przyszedłszy po chwili do siebie z tego „przykrego wrażenia, uważałem znaczne zwolnienie „tętna“ (str. 28).

Ustęp o porażeniach n. współczulnego i rozmaitych innych nerwów (str. 33 i 34) już wcale do rzeczy nie należy; chyba że autor chciał przytoczyć doświadczenie badacza jemu tylko znanego, jakim jest p. Pannus.

Lecz przejdźmy już do części przeważnie sądowo-lekarskiéj, która nas więcéj obchodzi, a która istotnie mieści w sobie dużo nowego.

(Dokończenie nastąpi).

Dr. W. Hack: O kurczu głośni oddechowym i głosowym.

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

Uwagi autora o niebezpieczeństwie częściowego skurczu głośni w obec braku niebezpieczeństwa przy zupełnym takim skurczu, oparte li tylko na obserwacyi jednego przypadku, nie są wcale przekonywające, wreszcie sam ten przypadek, zdaniem naszém, wniosku takiego nie usprawiedliwia, sądzimy bowiem, że i bez czynnéj terapii zakończyłby się równie szczęśliwie, jak napady skurczu głośni u dzieci zawsze kończyć się zwykły. W każdym razie podnieść musimy, że jest to przypadek po raz pierwszy dopiero opisany. Wiadomo jakie trudności przedstawia laryngoskopowanie w chwili napadu skurczu głośni z powodu towarzyszącéj mu duszności. To téż nic dziwnego, że do określenia stanu skurczu głośni przyszliśmy drogą rozbioru przypadów, a nie badania laryngoskopijnego. Odróżniam tu skurcz występujący li tylko podczas fonacyi, ten bowiem nie sprawia duszności, może być zatém łatwo laryngoskopem stwierdzony, jeżeli się stosowną chwilę utrafi. Do tego rodzaju należą dwa ostatnie opisane tu przypadki. Skurcz ten różni się jednak tém od poprzedniego, że podczas fonacyi już normalnie i to koniecznie tak mięśnie natężające głośnię, jak i napinające więzadła czynnemi być muszą, a tylko w razie zbyt silnego ich napięcia głos zdławionym zostanie, jak to miało miejsce w obu wspomnianych przypadkach. Nie jest to więc wystąpienie nagłe skurczu w mięśniach nieczynnych, ale wystąpienie skurczu nadmiernie silnego w mięśniach, które do pewnego stopnia tylko napiętemi być winny. Z tego względu stan ten zaliczam raczéj do zaburzeń koordynacyi, niżbym go za właściwy skurcz miał uważać, skurcz ten bowiem zniknie natychmiast skoro ustanie fonacyja, gdy chory np. odetchnie. Inaczéj rzecz się ma w poprzednim przypadku; tu przy oddechu, a więc gdy wszystkie mięśnie są zupełnie nieczynne, (a jeżeli czynne to niezwężające lecz rozwierające głośnię) nagle występuje skurcz mięśni zwężających głośnię, który nie ustępuje tak łatwo, lecz trwa jednostajnie, często aż do utraty przytomności. Skurczowa natura tego stanu nie może ulegać wątpliwości w obec nagłego wystąpienia duszności i jéj formy dowodzącéj zwężenia głośni, chociaż opisano już, że nagłośnia wciągnięta (wdechem) w przedsionek krtani i w nim uwiązgnięta takiż sam napad wywołać może. Takie wpadnięcie nagłośni musimy jednak uważać za przypadkowe, a tém samém, chociaż mogło nieraz napad wspomniany wywołać, to jednak nie podobna, aby wszystkich tych napadów było przyczyną, większość ich zatém jedynie do skurczu głośni odnieść możemy. Jakie jednak mięśnie są przy tém skurczone, trudno orzec w obec wspomnionéj powyżéj trudności badania, zdaje się jednak z nielicznych obserwacyj stanów podobnych (zwłaszcza skurczu zwrotnie po zadrażnieniu np. lapisem itp. występującego), że tu wszystkie mięśnie zwężające głośnię, a więc tak m. poprzeczny, jak i mm. nalewkoobrączkowe boczne (często może i mięśnie więzadeł fałszywych) są skurczone. Trudniéj orzec coś o zachowaniu się mięśni napinających więzadło, zdaje się jednak, że z tych mm. nalewkotarczykowe, jako tak blizkie sąsiady i wspólnie innerwowane z mm. nalewkoobrączkowemi bocznemi, a nadto na te same bodźce narażone, tak przy skurczu zwrotnie powstałym, jak i na drodze odśrodkowéj sprowadzonym czynnemi być muszą. Tak więc należy przy skurczu głośni przyjmować skurczenie się wszystkich mięśni głośnię otaczających. Prócz takich skurczów zupełnych mamy jednak przypadki, gdzie same mięśnie zwężające głośnię (a więc bez nalewkotarczykowych) są skurczone i to przy oddechu. W *Medicinische Blätter* z r. 1881 zwróciłem uwagę na ten stan, podnosząc jego różnice od porażenia mięśni rozwierających głośnię, do którego daje on bardzo podobne obrazy. Ale ten stan niezupełnego skurczu nie zdarza się w silném zadrażnieniu krtani jako odruch nerwowy, ale albo w zadrażnieniach bardzo słabych, albo bez nich, ale jedynie u hysteryczek, jest więc także zboczeniem w koordynacyi, polega na użyciu aktu poprzedzającego fonacyję, przygotowawczego do niéj, zamiast wprost przeciwnego mu, t. j. rozwarcia większego głośni, jakie odpowiada wdechowi. Dotąd ani nie widziałem, ani nie czytałem, aby ktoś widział skurcz głośni jeszcze mniéj dokładny, t. j. polegający na działaniu albo samego mięśnia poprzecznego, albo samych mm. nalewkoobrączkowych. Pierwszy przypadek tego rodzaju podaje autor w pierwszym przypadku z obserwowanych, a każdy musi się z nim zgodzić, iż stan opisany polegał na skurczu mm. nalewkoobrączkowych bocznych, a to przedewszystkiém z formy głośni, nie mówiąc już o tém, że m. poprzeczny i mm. nalewkotarczykowe nie dawno były porażone. Ta niezupełność skurczu już pozwala nam wykluczyć tak sposób powstania odśrodkowy (bezwiedni) jak i zwrotny, musimy więc znów szukać przyczyny w zboczeniu woli pacyjentki, aby tak skomplikowany akt wytłumaczyć, czyli odnieść go do hysteryi. O skomplikowaniu tego aktu sądzę, że mam prawo mówić, jeżeli widzę z dwóch par mięśni i jednego nieparzystego przez jeden nerw zaopatrzonych (m. poprzeczny otrzymuje nietylko od *n. laryngeus super.* ale od *inf.* gałązki, wiadomo że na nim ma miejsce anastomoza obu nerwów) i razem zawsze czynnych tylko jednę parę w stanie skurczu a resztę wolną. Wspomniałem, że obraz opisany tu przedstawia dotąd *unicum* w literaturze, dziwnym jednak trafem w parę tygodni po przeczytaniu o nim miałem sposobność widzieć zupełnie podobny w klasztorze Felicyjanek u zakonnicy, która często zapadała na duszność, po kilka dni lub tygodni trwającą. Znalazłem tu obok objawów znacznego zwężenia chrząstki nalewkowe silnie na wewnątrz zatoczone,

wyrostki głosowe stykające się, przed niemi w głośni więzadłowéj szparkę wązką eliptyczną, za niemi, t. j. w głośni chrzęstnéj, szeroką a krótką trójkątną. I tu pomogła rurka dilatacyjna Schröttera, choć nie była wcale użytą, obiecałem ją bowiem choréj założyć na drugi dzień, gdyby się duszność nie zmniejszyła. Ze strachu jednak przed tą manipulacyją chora następnego dnia lepiéj oddychała, tak że rurki już nie zakładałem, a przy badaniu pokazało się, że mimo skierowania ku sobie wyrostki głosowe się nie stykały, obie więc szpary, t. j. głośni więzadłowéj i chrzęstkowej, znacznie rozszerzone ze sobą się komunikowały, przyczém szerokość szpary z powodu drgań więzadeł nie było jednostajną, lecz zwykle węższą przy wdechu a szerszą przy wydechu, a przy tém w samych wdechach lub samych wydechach raz szerszą, raz węższą, co już w *med. Blätter* w r. 1881 jako cechę różniącą nadmierne napięcie mięśni zwężających od porażenia mięśni rozwierających głośnię podniosłem.

Dr. Pieniążek.

J. Pauly (w Poznaniu): **Przyczynek do nauki o złamaniach śródstawowych**

Człowiekowi dorosłemu przygniotła beczka, 13 cetnarów ważąca. lewe kolano, poczém mógł tenże pójść jeszcze kilka kroków do najbliższéj dorożki. Obrzęk kolana znaczny, chełbotanie w górnym uchyłku stawowym wybitne, dwie rany w skórze powierzchowne, które P. zaraz zaszył. Gdy obrzęk kolana prawie w oczach się powiększał i gdy po przebiciu stawu trójgrańcem nic nie wyszło w dowód tego, że krew wynaczyniona była skrzepłą, otworzył P. całowém cięciem torebkę stawową po stronie zewnętrznéj, wydobył znaczny zbity skrzep krwi a następnie odłamek kostny od kłykcia zewnętrznego wielkości i kształtu spłaszczonego kasztana. Dwa dreny, opatrunek ściśle antyseptyczny, ułożenie odnogi w bucie blaszanym Volkmanna. Reakcyja nieznaczna. Zupełne zagojenie w 12 tygodni. Pozostałą sztywność poprawiono za pomocą *brisement forcé*. Autor jest zdania, że postępowanie takie usprawiedliwioném jest wobec antyseptyki tam, gdzie rozpoznajemy złamanie śródstawowe z odszczepaniem *(Absprengungsfractur)*. *(Centralblatt f. Chirurgie* Nr. 10). *A. O.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. O.) **Rozczyn jodoformu w kleinie** *(collodium)* w stosunku 1 : 10 do pokrycia ran pomniejszych, nie potrzebujących zwykłego opatrunku antyseptyczno-uciskowego, bywa obecnie bardzo często używanym w szpitalu berlińskim imienia „Augusty“. Dr. Görges asystent w tymże szpitalu donosi o tém w 10 Nrze *Centralblatt f. Chir.* i zalicza do ran takich rany po wyjęciu małych nowotworów, daléj rany w pobliżu otworów naturalnych, choćby były nawet i większemi. Rozumie się samo przez się, że postępowanie przed zamknięciem rany ową powłoką musi być tak samo ściśle antyseptycznêm, jak w każdym innym przypadku a więc wymycie karbolem, zatamowanie krwotoku, założenie szwów itd. Nadto poleca G. pokrycie takim rozczynem ran po tracheotomii, celem ochronienia ich od błonicy.

(F. M.) Marzel, **Zatrucie resorcynem.** Kobieta 19-letnia cierpiała na dychawicę kurczową, pojawiającą się 1—2 razy na tydzień. Wśród jednego napadu podano choréj pół drachmy resorcyny. Oddech stał się swobodny, chora zasnęła wkrótce, a po obudzeniu się nie doznawała duszności. Zażywszy późniéj drachmę dostała zawrotu głowy, dalsze zaś działanie było zresztą do pierwszego podobne. W jednym z następnych napadów podano choréj 2 drachmy resorcynu w mleku. W kilka minut po zażyciu wystąpił silny zawrót głowy i bezczulność. Ciało pokryte obfitym potem, wargi pobladły, spojówki bez oddziaływania, źrenice równe, skóra zimna, ciepłota obniżona, tętno zaledwie wyczuwalne, tony serca słabe. Czynności zwrotne na odnogach zniesione; tężca ani drgawek nie było. Podano choréj 2 uncyje oliwy, użyto pompy żołądkowéj, wzbudzono wymioty siarkanem zynku, wreszcie dano do wziewania azotyn amylowy. Zwolna ustępowały objawy zatrucia, a w dwie godziny po zażyciu resorcynu wróciła chora do przytomności. Zatrucie to przypisuje autor użyciu resorcynu lepszego gatunku. *(Wien. med. Wchschr.* Nr. 1).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z Walnego Zgromadzenia Towarzystwa lekarzy galic. w dniu 20 lutego 1882 odbytego.

Początek o godzinie 11 minut 20. Zast. przewodniczącego Dr. Hoszard zagaja posiedzenie i wzywa Sekretarza do odczytania spisu obecnych delegatów.

Towarzystwo lek. krakowskie zastępują Kol. Szeparowicz i Krówczyński. Sekcyję lwowską zastępują Koledzy Rieger, Rożański i Kubicki, bocheńską kol. Jasiński ze Lwowa, brzeżańską kol Hordyński z Rohatyna, buczacką kol. Kadyj ze Lwowa, czortkowską kol. Żminkowski z Husiatyna, jasielską kol. Biesiadecki Jan z Jasła, kołomyjską kol. Rosner Maks. z Kolomyi, przemyską kol. Cassina z Przemyśla, rzeszowską kol. Barzycki z Rzeszowa, samborską kol. Tymaczkowski z Sambora, sanocką kol. Grünhaut z Sanoka, sądecką kol. Przybylski z Sącza, stryjską kol. Sérkowski z Stryja, tarnowską kol. Marynowski z Dąbrowy, zaleszczycką kol. Gąsiorowski Leodgard ze Lwowa, złoczowską kol. Bodek ze Złoczowa. Razem obecnych 20 kolegów. Z wszystkich istniejących sekcyj, jedynie stanisławowska, tarnopolska i sokalska nie były na posiedzeniu reprezentowane; delegat sokalski Dr. Broniowski usprawiedliwił telegraficznie swą nieobecność chorobą. Ze strony Rady Zawiadowczéj obecni koledzy Hoszard, Czyżewicz, Bylicki. Merunowicz; przez aklamacyję obrano przewodniczącym zgromadzenia kol. Hoszarda, zastępcą kol. Riegera.

1. Sekretarz jener. odczytuje sprawozdanie Rady Zawiadowczéj za r. 1882, które Zgromadzenie przyjmuje do wiadomości.

2. W nieobecności, sprawą familijną zajętgo Skarbnika odczytuje Sekretarz sprawozdanie kasowe, poczém kol. Szeparowicz w imieniu Komisyi rewizyjnéj zdaje sprawę z przeprowadzonéj rewizyi ksiąg i stanu kasy i wnosi: Walne Zgromadzenie udziela Radzie Zawiadowczéj absolutoryjum z rachunków za czas od 20 lutego 1881 do 21 styczn. 1882, co téż jednomyślnie uchwalono.

3. Przewodniczący wzywa obecnych, aby przez powstanie z miejsc uczcili pamięć dziesięciu zmarłych w roku ubiegłym członków Towarzystwa, których imiona sekretarz w swém sprawozdaniu odczytał, co téż wszyscy czynią.

4. Przewodniczący zawiadamia, że kol. Biesiadecki ofiarował 50 egz. swego dzieła o dżumie Towarzystwu z życzeniem, aby dochód uzyskany z sprzedaży tych książek został użytym na powiększenie funduszu żelaznego Towarzystwa. Cena jednego egzemplarza naznaczoną została na 2 zlr. w. a.

5. Sekretarz odczytuje wniosek Sekcyi stryjskiéj: Wzywa się Radę Zawiadowczą, aby u właściwych władz postarała się o zmianę rozporządzenia z 6 marca 1874. wzbraniającego przepisywania na koszt funduszu publicznego środków dezinfekcyjnych.

Rada Zawiadowcza uznaje wprawdzie konieczną potrzebę takiéj zmiany, aby za leki dla pojedyńczych chorych ubogich płacił fundusz publiczny, a za środki dla ratowania ogółu aby płacił pojedyńczy ubogi chory, lecz Rada Zaw. obecnie nie może dorażać podniesienia téj sprawy i wnosi: Walne Zgromadzenie przechodzi nad tym wnioskiem do porządku dziennego. Powody jakie

Radę Zaw. skłoniły do téj decyzyi są następujące: Już kilkakrotnie, po raz ostatni w lipcu 1881, podnosiło tutejsze Namiestnictwo w swych relacyjach do c. k. Ministerstwa spraw wewn. potrzebę przyjęcia wydatku za środki dezinfekcyjne na skarb Państwa. W ostatnim jednakże roku okazala się w Ministerstwie dążność, aby i tę część kosztów za leki, które pokrywa dotąd skarb państwa, przyjęły na siebie gminy, tak jak się to dzieje w innych krajach koronnych, np. na Morawii, Szlązku, Czechach itd. Wobec tego okazuje się zupełnie nie na czasie podnoszenie takiéj sprawy, nakładającéj nowe ciężary na skarb państwa, w chwili gdy Rząd i inne wydatki z tego tytułu stara się na inny fundusz przekazać.

Po krótkiéj dyskusyi, w któréj biorą udział Delegaci Hordyński, Cassina i Serkowski, wniosek Rady Zawiadowczéj przyjęto.

6. Drugi wniosek Sekcyi stryjskiéj żąda, aby w każdym przypadku epidemicznéj dyfteryi delegowani lub eksponowani lekarze mieli dodaną asystencyję wojskową lub żandarmeryję, któraby nad zarażonemi chatami kontumacyję rozciągała i pilnowała, aby przez osoby obce dyfteryja na zewnątrz się nie rozwlekała, wewnątrz zaś chat aby środki lecznicze i dezinfekcyjne, przez lekarzy zalecane, należycie były wykonywane.

Imieniem Rady Zawiadowczéj wnosi Sekretarz, aby nad tym wnioskiem Walne Zgromadz. przeszło do porządku dziennego, a to z następujących powodów. Liczne doświadczenia w wszystkich z Rosyją graniczących starostwach, w których z powodu obawy przed zawleczeniem księgosuszu, jak niemniéj i w tych powiatach, w których z powodu zarazy księgosuszowéj ustanowiono kordon wojskowy, pouczają, że kordon wojskowy w niczém nie przyczynia się do stłumienia zarazy, a często nawet staje się powodem rozwleczenia jéj. Władze bowiem wojskowe nie przydzielają do takiego kordonu żołnierzy w czynnéj służbie będących, lecz powołują do tego urlopowanych żołnierzy, którzy najczęściéj oddaleni o milę lub nawet i więcéj od swych przełożonych z zbytku czasu włóczą się od chaty do chaty, i będąc postrachem dla ludności miejscowéj raczéj przyczyniają się do rozwleczenia zarazy, niż do jéj przytłumienia. Z tych powodów Rada Zawiadowcza jest mocno przekonaną, że zupełnie tak samo miałaby się rzecz w razie kordonu wojskowego z powodu dyfteryi; niewątpliwie asystencyja wojskowa nie wpływałaby np. na stłumienie zwyczaju odbywania styp pogrzebowych. Zupełnie rzecz inna z żandarmeryją, która posiada ludzi o tyle inteligentnych, pojmujących swe zadanie tak, iż każdy niemal lekarz powiatowy z własnego doświadczenia tylko pochlebnie o téj instytucyi wyrażać się musi. I z tego też powodu Namiestnictwo zasięgnąwszy poprzednio zdania kraj. Rady zdrowia wydało rozporządzenie z dnia 24 grudnia 1877 l. 63477, zarządzające środki sanitarno policyjne przeciw szerzeniu się błonicy; w tém rozporządzeniu w ustępie 6 powiedziano: „Pan Starosta ma eksponować żandarma w razie niewypełnienia poleconych przepisów sanitarno policyjnych celem dopilnowania należytego wykonywania tychże“. Wobec więc wyraźnego brzmienia wspomnianego rozporządzenia, oraz wobec téj okoliczności, iż do c. k. Namiestnictwa nie dochodziły dotąd skargi lekarzy powiatowych, aby pp. Starostowie odmawiali w razie potrzeby ekspozytury żandarma do miejsca dyfteryją nawiedzonego, nie widzi Rada Zawiadowcza powodu do ponownego podnoszenia téj sprawy.

Po dłuższéj dyskusyi, w któréj biorą udział: Kol. Serkowski, Cassina, Hordyński, Żminkowski, Rosner i Merunowicz, upada wniosek Sekcyi stryjskiéj, natomiast uchwalono na wniosek Deleg. Cassiny: Walne Zgromadzenie poleca Radzie Zawiadowczéj udać się do wys. Rządu z prośbą, aby w myśl rozporządzenia z r. 1877 na każde wezwanie lekarza powiatowego Starosta obowiązanym był do miejscowości nawiedzonéj epidemiczną dyfteryją eksponować żandarma.

7. Dr. Czyżewicz imieniem Rady Zawiadowczéj zdaje sprawę z wniosku przekazanego téjże Radzie przez zeszłoroczne Walne Zgromadzenie do rozważenia: „O ile pożądaném byłoby utworzenie kasy zaliczkowéj dla lekarzy“. Prof. Czyżewicz w dłuższém przemówieniu podnosi, iż założenie takiéj kasy napotkałoby na bardzo znaczne, niemal nieprzezwyciężone trudności, podczas gdy korzyści byłyby nader małe. Pierwszą trudnością byłby brak odpowiedniego kapitału, a gdy o użyciu kapitału Towarz. lek. galic. nawet mowy być nie może, mógłby on jedynie z wkładek członków być złożonym. Lecz w ogóle liczba lekarzy nie jest zbyt wielką, a przytém znaczna część lekarzy zamożniejszych nie byłaby skłonną do lokowania swych kapitałów w instytucyi młodéj, nie wzbudzającéj jeszcze zaufania, potrzebaby przeto zasilać tę kasę obcym kapitałem, coby znów uczyniło pożyczki nader drogiemi. Drugą trudnością byłyby nader wysokie koszta administracyi, z powodu iż członkowie téj kasy byliby rozrzuceni po całym kraju, co pociąga za sobą liczną i kosztowną korespondencyję. Jedynym punktem przemawiającym za utworzeniem odrębnéj kasy zaliczkowéj dla lekarzy byłoby to, że nie jeden młody lekarz w początku swego zawodu nie potrzebowałby w miejscu swéj praktyki zapożyczać się i zostawać w pewnym stopniu zależności od osób poręczających za niego. Lecz i ten wzgląd upada, skoro wiadomo, że byleby podpisy poręczających były dobre, wówczas każda zamiejscowa kasa zaliczkowa udzieli bez trudności pożyczki.

Po tém wyłuszczeniu referenta nikt głosu nie żąda i przyjęto wniosek referenta, iż nie zachodzi potrzeba utworzenia kasy zaliczkowéj dla lekarzy.

8. Sekretarz odczytuje dwa wnioski Sekcyi rzeszowskiéj dotyczące lekarzy sądowych, mianowicie aby ci lekarze także wówczas byli wynagradzani za stratę czasu, jeżeli z powodu niestawienia się na termin stron rozprawa nie przyjdzie do skutku, drugi zaś wniosek, aby zostało w pewne prawidła ujętém, kiedy ma być lekarzom sądowym przyznaném wyższe wynagrodzenie za sekcyję na zgniłych zwłokach.

Rada Zawiadowcza uznając oba te wnioski jako nader słuszne poleca je Walnemu Zgromadzeniu do przyjęcia. W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierają głos koll. Serkowski, Rosner, Kadyj, Horodyński i Marynowski, poczém oba wnioski Sekcyi przyjęto i Radzie Zawiadowczéj do dalszego załatwienia przekazano. Wnioski zaś Delegatów uczynione w ciągu dyskusyi mają służyć jedynie Radzie Zawiadowczéj jako wskazówki.

9. Sekcyja rzeszowska podnosi, iż mimo dokładnie przeprowadzonego szczepienia i rewakcynacyi w trzech ostatnich latach szerzy się nagminnie ospa w dwóch ostatnich latach i nader groźne przybiera rozmiary w tym powiecie. Ospa występuje nawet u osób skutecznie szczepionych i nie rzadko zdarzają się u nich przypadki śmierci. Koledzy z Rzeszowa upatrują przyczynę tego w nader małéj ilości krowianki, jaką lekarze delegowani do szczepienia otrzymują, i wnoszą ci koledzy, aby Towarzystwo lek. gal. postarało się o większą liczbę zakładów krowiankowych, któreby co tydzień odpowiednią ilość krowianki przez czas trwania szczepienia i nadto w czasie nagminnego panowania ospy do powiatów rozsyłały. W końcu żąda sekcyja rzeszowska, aby istniejące rozporządzenie względem nagradzania za doniesienie o okazaniu się naturalnéj ospy u krów zostało republikowaném.

Sekretarz Merunowicz przedkładając te wnioski nadmienia, że Rada Zawiadowcza zupełnie podziela to zapatrywanie, iż ilość krowianki, jaką otrzymują lekarze do rozmnożenia, jest zbyt małą, sądzi jednakże, że wobec teraźniejszéj dążności w Sejmie i Wydziale krajowym do oszczędzania funduszu krajowego właśnie w rubryce wydatków sanitarnych, o powiększeniu liczby zakładów krowiankowych lub o rozszerzeniu istniejącego zakładu Dra Lecha mowy być nie może. Przeciwnie podnoszenie téj sprawy mogło tylko dodać argumentów dla tych, którzy staraliby się powrócić do trzechletniego okresu szczepienia. Z tych powodów sądzi Rada Zawiadowcza, że na teraz należy jedynie zażądać większéj ilości krowianki od Dra Lecha, który zobowiązał się dostarczać jéj w dostatecznéj ilości, jego zaś rzeczą powinno być postarać się o większą dotacyję, jeźli to uzna za potrzebne.

W dyskusyi podnosi Deleg. Cassina, że naszym obowiązkiem jako lekarzy jest bez oglądania się na uboczne względy wykazywać wszystko to, co dla zdrowia lub życia ludności może być szkodliwém, i wnosi, aby Towarzystwo lekarzy galic. udało się do Sejmu o większą subwencyję dla zakładu krowiankowego. Po dłuższéj dyskusyi, w któréj biorą udział Deleg. Rożański, Lech, Rosner i Jan Biesiadecki, uchwalono na wniosek tegoż udać się do Wydziału krajowego z prośbą o wyjednanie większéj subwencyi na produkcyję krowianki. Przytém uchwalono także, aby rozsyłka krowianki do pojedynczych powiatów stosownie do ilości szczepieńców unormowaną została.

Na porządku dziennym są wnioski naglące:

10. Sekcya przemyska wnosi: Walne zgromadzenie raczy uchwalić: poleca się Radzie Zawiadowczéj Tow. lek. galic., aby wezwała bezzwłocznie Administracyję zdrojowiska Szczawnicy do spiesznego urządzenia choćby niezupełnéj stacyi meteorologicznéj tamże.

Żądanie to jest zupełnie usprawiedliwione ze względu, iż w zdrojowisku tém leczą się chorzy na choroby płucne i przy wysyłaniu chorych znajomość klimatu jest dla lekarzy niemożebną z powodu braku stacyi; Zarząd zdrojowiska nie zważając na czynione w tym kierunku przedstawienia, nie spieszy się z ich wykonaniem, słuszna więc, aby w téj sprawie odezwali się ci, którzy wysyłając chorych wzbogacają zakład.

Nawet Krynica, któréj właścicielką jest Rząd, który na każdym kroku oszczędza, ma stacyję meteorologiczną, choć jéj potrzeba mniéj jest usprawiedliwioną niż w Szczawnicy.

Ponieważ Komisya balneologiczna krakowska w téj mierze nie osiągnęła pożądanego skutku, możliwém jest, iż jeśli życzenie to wyrażą ci, od których życzliwości zawisł byt i sława zdrojowiska, skutek będzie widoczniejszy. Wreszcie lekarze praktykujący w Szczawnicy, między którymi są ludzie chętni do prac naukowych, w każdym czasie korzystnych i dla zakładu, pozbawieni są możliwości nie mając po temu środków.

Zgromadzenie uznaje nagłość tego wniosku i przyjmuje go bez dyskusyi.

11. Delegaci Jan Biesiadecki, Rożański i Rieger wnoszą: Walne Zgromadzenie raczy uchwalić: Poleca się Radzie Zawiadowczéj wypracować w porozumieniu z Tow. lek. krak. i przedłożyć na następném Walném Zgromadzeniu zmianę ustawy i regulaminu Tow. lek. galic. w tym duchu, aby *a)* członkowie czynni zamiejscowi, tj. zamieszkali w reszcie Austryi po za obrębem Lwowa (z wyjątkiem W. ks. Krakowskiego) płacili o 1 zła. mniej do kasy Towarzystwa od członków we Lwowie mieszkających; *b)* aby czynności bióra sekcyi lwowskiéj objęła Rada Zawiadowcza Towarz; *c)* aby Walne Zgromadzenie Tow. stanowili wszyscy członkowie czynni przybyli na posiedzenie; *d)* aby członkowie czynni zamiejscowi mogli tam, gdzie są po temu warunki, tworzyć na mocy ustawy kółka do celów objętych § 1, stojące pod zarządem naczelnika, sekretarza i gospodarza i nakładać na siebie dodatek do wkładki nie przenoszący atoli 1 zła.

Zgromadzenie uznaje nagłość tego wniosku i przyjmuje go bez dyskusyi. Przy téj sposobności oddaje Delegat Jan Biesiadecki jeden list zastawny na sto zła. jako oszczędności sekcyi jasielskiéj na powiększenie funduszu żelaznego Towarzystwa. Delegat Grünhaut imieniem sekcyi sanockiéj zawiadamia, że także sekcyja zrzeka się téj części funduszu administracyjnego, która na sekcyję przypada na rzecz funduszu żelaznego Towarzystwa.

12. Delegat sekcyi buczackiéj prof. Kadyj czyni wniosek naglący, zmierzający do usunięcia partactwa lekarskiego. Na wniosek Deleg. Rożańskiego uchwalono wstrzymać się z tą sprawą aż do rozstrzygnięcia sprawy Izb lekarskich.

13. Do Komisyi rewizyjnéj na rok następny wybrano Delegatów sekcyi jasielskiéj i stryjskiéj.

14. Następują wybory do Rady Zawiadowczéj. Wybrany na trzy lata skarbnik kol. Smutny oświadczył stanowczo, iż obowiązki jego zawodu nie dozwalają mu nadal zajmować się sprawami Towarzystwa, ile tego urząd skarbnika wymaga, i jakkolwiek nie usuwa się zupełnie od wszelkich czynności, prosi jednak o wybór innego skarbnika. Na wniosek kolegi Rożańskiego uchwalono wyrazić ustępującemu skarbnikowi koledze Smutnemu podziękowanie za czteroletnią pracę dla dobra Towarzystwa. Skarbnikiem jeneralnym obrano kol. Czyżewicza, sekretarzem Merunowicza, obu na lat trzy, prezesem kol. Biesiadeckiego, zast. przewodniczącego kolegę Hoszarda, podskarbim kol. Smutnego, kontrolorem kol. Rożańskiego, podsekretarzem kol. Bylickiego (ostatnich pięciu na rok jeden). Nadto wchodzą w skład Rady Zawiadowczéj koledzy Szeparowicz i Krówczyński, jako delegaci Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Na tém zakończono posiedzenie i uwolniono sekretarza od odczytania protokółu.

Dr. Merunowicz
sekretarz.

Dr. Hoszard
zastępca prezesa.

Sprawozdanie z Walnego zebrania Sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk Poznańskiego.

z grudnia r. 1881.

(Dokończenie. Patrz Nr. 10).

Poczém zabrał głos kol. Wicherkiewicz i w te mniéj więcéj odezwał się słowa:

Kol. Zielewicz we wyczerpującym referacie przedstawił nam znaczenie jodoformu ze stanowiska ogólno lekarskiego i chirurgicznego. Oftalmologija jako córka wspaniale rozkwitła lubo przywykła już samodzielnie kroczyć, chętnie przyswaja sobie zdobycze swéj matki chirurgii, to też nic dziwnego, że w lecznictwie okulistycznem jodoform znalazł zwolenników, z których kilku podaje wyniki swych doświadczeń. I tak pisał o nim Hayes, Landesberg *(Neuritis descendens)* i Rava chwalą tegoż skuteczność w licznych cierpieniach ocznych zastosowawszy go wewnętrznie i zewnętrznie.

Obszerniejszy artykuł o użyciu jodoformu w terapii okulistycznéj ogłosił właśnie Rava w *Annali di Ottalmologia* z r. 1878. Streszczony on został przez Meyera w *Centralblatt für prakt Augenhk.* Hirschberga z r. 1879. Rava używał jodoformu u 85 pacyjentów, a mianowicie u 80 zewnętrznie a u 5ciu tylko wewnętrznie. Do zewnętrznego użycia w stosunku 1—12 bierze zwykłego tłuszczu, unika zaś Coldcraemu, gliceryny jako środków zawierających części wodniste. Wewnętrznie podawany bywa ten środek w formie pigułek i to 0,1 aż do 0,25 w 3—4 pigułkach dziennie.

Rava zastosowywał środek ten w *Blephar. cil.*, *Eczema chron.*, *Ulcera corneae atonica*, w *Conjt.* i *Kerat. phlyctaenulosa*, *Iritis et Irido-chorioiditis*, a nadto w nerwobólu gałęzi ocznéj nerwu trójdzielnego, któreto nerwobóle zachodzą u osób histerycznych i niedokrewnych. Przytacza mianowicie jeden przypadek takiego nerwobólu, gdzie objawy przykre miały w trzech dniach ustąpić; uśmierzający wpływ jodoformu (CHI_3) w ten zaś sposób sobie tłumaczy, iż przypuszcza, że w żołądku pod wpływem soku żołądkowego po odłączeniu jodu powstaje wytwór znieczulająco uśmierzający należący do rzędu Amylu, Metylu lub Etylu.

Moje doświadczenie i wynik zastosowania jodoformu u 120 do 150 osób streściłbym w tych słowach: Jod zewnętrznie użyty w formie maści z waseliną w stosunku 1—8 lub 10 dobrze wcierany jest nieocenionym środkiem w świeżo powstałych ostrych zapaleniach powiek, woreczka i przewodu łzowego, w zapaleniu tęczówki w skutek zaziębienia, a jest w stanie bez pomocy innych środków usunąć te zapalenia w krótkim czasie, jeżeli tylko zaraz leczeniu są poddane.

Również jodoform używany zewnętrznie w téj formie wiele zdziałać może zapaleniu brzegów powiek, wypryskach powiek i nosa.

Zapaleń oka, jakichkolwiek form, jeżeli mają podstawę kiłową, zołzową lub w ogóle przy skażeniu krwi nie usuwa, lecz niewątpliwie przyczynia się jednak w połączeniu z innemi środkami do tém prędszego tychże cierpień pokonania.

Używałem także, lubo w ogólności mało, w takich razach jodoformu wewnętrznie w pigułkach, ale sam tylko podawany pokazał mi się nie dostateczny. W formie maści używałem jodoformu nadto w zaćmieniach ciała szklanego przepisując dokładne wcierania na około gałki, w skroń, czoło i pod okiem.

W ostatnim wreszcie czasie miałem sposobność zastosowywania jodoformu czystego w formie proszku, a mianowicie w kilku plastycznych operacyjach powiek i przekonałem się, że proszek ten posypany na ranę ropiejącą niewątpliwie i zapach przykry z rozkładu pochodzący usuwa i ropienie uśmierza.

Ponieważ jednak równocześnie sprawiał nie małe drażnienie w przypadkach, gdzie mi takiego unikać wypadało, jak np. w świeżych transplantacyjach, kładłem najprzód cienki płateczek z waseliną, a na takowy posypywałem dopiero dość grubą warstwę jodoformu i w takim razie z wyniku osiągniętego zupełnie byłem zadowolony.

Posypując zaś proszek na rany, które się nie zagoiły doraźnie, usuwałem na dłuższy czas wszelkie ropienie, tak że przez kilka dni żadnego nie było wydzielenia. Lubo doświadczeniem tém mógłby być może nie jeden zachęcony do zasypywania proszku jodoformu w ropieniach spojówki powstałych przez zakażenie rzeżączką *(Conjt. gonnorrhoica)*, to jednak przyznaję, że nie

mogłem dotąd odważyć się na to, lękając się wywołać chociażby już tylko mechaniczne strącenie nabłonka rogówki, przez co niechybnie cierpienie powiększyć i zanik oka przyspieszyć można.

Nastręczył mi się zaś niedawno temu przypadek, w którym przekonałem się w przybliżeniu na oku, które pod względem widzenia uważałem za stracone, o ile obawa moja mogła być uzasadnioną. Chora bowiem, o którą tu chodzi, przybyła do mnie z zapaleniem rzeżączkowém prawego oka do tego stopnia rozwiniętém, że tylko $^1/_3$ dolnéj rogówki jeszcze istniała i to zamglona, w górnéj zaś części było widać wypadnięcie tęczówki a w środku soczewkę cieniuteńką tylko warstwą tkanki rogówkowéj pokrytą. Przytém znaczne jeszcze ropienie i nabrzękłość obu spojówek. Przez kilka dni leczenie polegało na zwykłéj terapii, przyczém stan gałki prawie się nie zmieniał, natomiast wydzieliny stały się wprawdzie słabszemi, ale zawsze jeszcze dosyć groźne. Chcąc *experimenti causa* widzieć wpływ jodoformu posypałem tylko na dolną powiekę nieco jodoformu i przekonałem się nazajutrz, że rogówka w dolnéj części więcéj stopniała, a chora nadto skarżyła się na ból trwający od południa po posypaniu aż do późnego wieczora.

Zgodne téż to jest z doświadczeniami Ravy, który przestrzega, aby unikać jodoformu w ostrych zapaleniach rogówki i w wrzodach téjże błony.

W końcu wspomnieć jeszcze pozwolę sobie o błogim wpływie jodoformu także i na silne zapalenia ropiaste tak zewnętrznego jakotéż i środkowego ucha, o czém ponownie miałem sposobność przekonać się.

Zdarzyło mi się leczyć przypadki ropiastego upławu z ucha, który już po jednorazowém zasypaniu jodoformem zupełnie ustępował, gdy poprzednio liczne inne środki bezskutecznemi się okazywały; a obecnie leczę przypadek zapalenia ucha środkowego wraz z zajęciem kostnego przewodu zewnętrznego ucha i odłuszczenia częściowego kości u dziecka 2-letniego bardzo skrofulicznego przez 2 miesiące leczonego gdzieindziéj. Tutaj wpływ jodoformu wydawał mi się prawdziwie uderzającym. Wydzieliny przenikająco smrodliwe, zupełne zwężenie zewnętrznych przewodów, w których wśród ropy sondą czuć poruszalne odłamki kości, przytém nadzwyczajna obolałość i opuchnięcie całego ucha. Już jednorazowe zadmuchnięcie sproszkowanego jodoformu po przeczyszczeniu należytém kanałów sprowadziło tak znaczne polepszenie w wydzielaniu ropy, że matce zdawało się, iż już całkiem zapalenie ustąpiło. Powoli odłączają się kostki, a jodoform zawsze ropienie trzyma w karbach.

Kol. J e r z y k o w s k i mówi o rezultatach, jakie otrzymywano po użyciu jodoformu w Zakładzie Szarytek. Dobrze i skutecznie działał trójjodek formilu w wybujałościach ziarniny, w ranach zwyczajnych wynik nie był zbyt świetny. Kol. K a c z o r o w s k i wspomina o świeżych ranach kłutych, opatrywanych jodoformem. W 3 przypadkach nastąpiła *prima intentio*. Po operacyi torbiela wątroby w skutek echinokoków posypanie rany jodoformem dobre oddało kol. Kaczorowskiemu usługi. Po kilku dniach rana zagoiła się zupełnie. Kol. K a p u ś c i ń s k i podaje, iż przed niedawnym czasem użył jodoformu przy wycięciu stawu biodrowego. Pacyjentka, 12-letnie dziewczę, od 10 lat chora na zapalenie zołzowe powyższego stawu, z którego przez 4 fistuły ropa się wylewa. W asystencyi kolegów Zielewicza i Grodzkiego wyciął kol. Kapuściński staw biodrowy metodą Langenbecka, nasypał w ranę około 40 gramów na proszek startego jodoformu i ranę zaszył, zostawiwszy w odpowiednich miejscach sączki grubości małego palca. Następnie obwinął odnogi watą i założył opaskę gazową. Pierwszy opatrunek zmieniono czwartego dnia, a następnie co kilka dni w miarę tego, czy ropy się wiele wydzielało lub nie. Temperatura ranna i wieczorna nigdy nie przewyższała 38°C., tylko spostrzegł referent, że w pierwszych dniach pacyjentka była bardzo niespokojną i skarżyła się na ciągły ból głowy, womitowała co moment, a tętno było słabe. W moczu nie można było wykryć jodu, wszakże prelegent sądzi, że u wspomnianéj pacyjentki nastąpiło lekkie zatrucie jodoformem, które po doraźném spłukaniu rany rozczynem chlorku zynku ustąpiło. Zresztą jodoform okazał się tu bardzo skutecznym środkiem przeciwgnilnym, a zachowując wszelkie ostrożności sądzi kol. K., że jodoform wpłynie bezwarunkowo na zmianę skomplikowanych opatrunków listerowskich, a co więcéj, zupełnie je zastąpi, byle by operator właściwą listerowskim opatrunkom zachował czystość i skrupulatność. Nadto podaje kol. Kapuściński wiadomość o wydobyciu górném cięciem *(sectio alta)* kamienia wielkości jaja kurzego z pęcherza u $4^1/_2$-letniego chłopca, którą to operacyję wykonał kol. Zielewicz w asystencyi Dra Grodzkiego i referenta. Przebieg pooperacyjny był prawie bezgorączkowy i pacyjent wkrótce wyzdrowiał.

Kol. O s o w i c k i używał ze skutkiem jodoformu w ozenie. Dla spóźnionéj pory wykład kol. W i c h e r k i e w i c z a o n i e z w y k ł y m p r z e b i e g u i r y d e k t o m i i w j a s k r z e odłożono do następnego posiedzenia. *Dr. Święcicki.*

VI. Szkice położnicze ze Wschodu.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10).

Tradycyjną powagą uświęcone zwyczaje stale są przechowywane na Wschodzie. Ogół ślepo wierzący w przeznaczenie, ów „Kesmet“ patryjarchalny, temu więc ostatniemu pozostawia się opiekę nad rodzinném ogniskiem. Ztąd wychowanie i kształcenie dzieci będąc zwykle zaniedbaném prowadzi oczywiście do opieszałego tylko interesowania się ustaleniem bytu dorastających mianowicie córek. Wiadomo, jak jest szkodliwém tak dla mężczyzn, jak téż zarówno i dla dziewczyn wchodzenie w przedwczesne związki małżeńskie. Nie przecząc, że klimat odgrywa tu wielką rolę, powstać muszę przeciwko nagannemu zwyczajowi praktykowanemu na Wschodzie i czyniącemu, że mężowie zdają się być ojcami swych żon! A daléj i to jeszcze wypada mi uwydatnić, że jakkolwiek nie bywamy tu pytani o radę co do warunków zdrowotnych, jakie powinny posiadać osoby mające się z sobą połączyć, to jednak przy okoliczności podane wskazanie może odwrócić nieszczęście grożące całéj rodzinie, może, powiadam, zmniejszyć znaczenie przypisywane przeznaczeniu i nakazujące wydać bezwarunkowo córkę za pierwszego nastręczającego się konkurenta. Bez wątpienia pośrednictwo podobne jest bardzo trudném. I tylko czas i wpływy cywilizacyi mogą zmienić charakter zakorzenionych przesądów.

Poznawszy warunki, w jakich żyć zwykła młoda dziewczyna w Turcyi, przejdziemy teraz do kwestyi daleko ważniejszéj od poprzedzającéj, mianowicie postawimy się w obec osoby nie dawno zamężnéj i przeznaczonéj wkrótce być matką. W największéj liczbie rodzin na Wschodzie, jak wszędzie wreszcie, pierwsza ciąża jest uważaną za najważniejszą. Otóż od chwili wystąpienia pojawów cechujących zajście w ciążę młoda żona nie należy więcéj do siebie. Żyje bowiem w bezwarunkowéj zależności osób należących do rodziny męża, z któréj każda przypisuje sobie prawo czuwania nad jéj stanem, tak jakby rozwijający się płód należał więcéj do krewnych niż męża. Słowem od téj chwili najmniejszy ruch, najniewinniejsza przyjemność są wzbronione; i młoda kobieta niedawno zamężna bywa skazaną na nieruchomość, jedynie z powodu że jest ciężarną. Ostrożności te, bardziéj szkodliwe niż korzystne, zmniejszają się w miarę rozwoju ciąży i wreszcie bywają zupełnie zaniechane w ostatnim jéj okresie, wtedy mianowicie, gdy się okazują niezbędnemi. Właśnie w tym to okresie, w którym płód dość już rozwinięty w łonie matki, staje się widocznym dla krewnych, każdy z nich ożywiony ślepą miłością dla przyszłego dziedzica, nie opiera się więcéj woli kobiety, sądząc że postępując przeciwnie może zaszkodzić płodowi. Tutaj więc wszystko co tylko imaginacyja może wytworzyć najdziwaczniejszego, najcenniejszego, natychmiast bywa wprowadzane w wykonanie, jakby

egzystowała prawdziwa konspiracyja przeciwko rozwojowi obu jestestw. Rzecz to znana, że w miarę postępu ciąży kobiety mają dziwaczne życzenia. Otóż zamiast przypisywać to fizyjologicznemu stanowi ciąży, otaczający starają się zwykle zadowolić żądania kobiety, choćby z narażeniem własnego jéj zdrowia, czyniąc to zawsze w przekonaniu zadowolenia bardziéj płodu niż matki. Nic jednak nie bywa tak wysoko posuniętém, niż zasada ogólnie panująca na Wschodzie i zalecająca żywić kobietę ciężarną więcéj niż kiedykolwiek. Widzimy téż je pochłaniające w sposób najregularniejszy potrawy niestrawne, szkodliwe i to w przerwach tak do siebie zbliżonych, że narząd trawienia pozostaje stale pod ciężarem znużenia i pod obawą pewnéj i nieuniknionéj niestrawności. Wiele z takich kobiet oddają się używaniu napojów wyskokowych, ulopków, szorbetów, kawy itp., co nie tylko że jest szkodliwém dla własnego ich zdrowia, ale stanowi, że tak się wyrażę, powolne zatruwanie samego płodu. Głównie jednak kobiety tureckie spożywają znaczną ilość podobnych wiktuałów. To jednak mają dobrego, że znajdując się w stanie poważnym unikają znużeń, pozostają w domu i nie uczęszczają tak jak chrześcianki, na przedstawienia teatralne lub bale. Prócz tego toaleta ich jest bardziéj odpowiednią i zastósowaną do stanu ciąży, podczas gdy chrześcianki z obcisłą suknią i gorsetem z trudnością tylko chcą się rozstać.

Takim jest ogół warunków dotyczących kobiety ciężarnéj w Turcyi. Szczęśliwemi więc można nazwać dzieci, które unikną niebezpieczeństwa, zgotowanego im przez rodziców. Na nieszczęście jednak ofiary przesady i zaślepienia są najliczniejsze.

Kobiety ciężarne na Wschodzie cieszą się bardzo wielkiém poważaniem. To téż w ciągu całego przebiegu ciąży wolno im ciągle zasięgać rady, najczęściéj jednak słuchać z powagą doświadczonych i starszych kumoszek, zwanych tu „Hodża-Kary“. Niekiedy jednak zwracają się i do lekarza. A wtedy zadanie tego ostatniego jest bardzo jasném: być delikatnym i poradzić; lecz nie wdawać się w to, czy wskazanie zostanie wykonaném lub nie; będąc zaś powołanym do domów tureckich, nie obrażać się, gdy każą długo czekać przy drzwiach haremowych, lecz z pewném uszanowaniem traktować otaczających, nie skąpiąc w przepisywaniu aromatycznych i słodkich nawarów, uważanych tu za niezbędne do pożądanego rozwoju ciąży. Gdy zaś spostrzeże się jakąś niedorzeczność, ku jéj usunięciu nie żądać nigdy pośrednictwa męża, a tylko zwrócić się śmiało choćby nawet do jakiéjś czarnéj huryski, która więcéj często znaczy w haremie, aniżeli jego właściciel. I jakkolwiek haremowy światek mało ufa w pomoc lekarza, to jednak rad go słuchać, mianowicie jeżeli wskazanie zostanie podaném w sposób nierujnujący wcale miejscowych przesądów. Wreszcie własna przekonała mnie praktyka, że kobiety tureckie w okresie swéj ciąży są dość uległe, spokojne i umiejące ocenić drobiazgowe uwagi, robione im przez lekarza. Ztąd więc i większa przedstawia się tu łatwość namówienia ich do poddania się warunkom takim, jak żywność, mieszkanie, ubiór, a mianowicie kąpiele w baniach, lub zwyczaj częstych upustów krwi i brania środków przeczyszczających. Przeciwnie zaś, z damami żyjącemi nie w haremach, sprawa ta jest daleko trudniejszą. U nich to głównie egzystuje przekonanie, że każde ich choćby najdziwaczniejsze życzenie powinno być bezwarunkowo zadowoloném. I jeżeli kobieta ciężarna zażąda czegośkolwiek choćby najtrudniejszego do znalezienia, wszyscy krewni i domowi nadzwyczaj zaniepokojeni, z całym pospiechem ruszają szukać rzeczy żądanéj, będąc przekonanymi, że jeżeli kaprys nie zostanie zadowolony, kobieta poroni z pewnością. Jak więc uprzednio tak i w podobnych razach, zadanie powołanego lekarza powinno być względném, ale téż i energicznem.

Najciekawszą i najbardziéj oryginalną jest rola, jaką odgrywa lekarz w Turcyi, będąc powołany do łóżka kobiety rodzącéj. Tutaj to zadanie lekarza, czy to asystencyi tylko, czy téż niesienia pomocy, jest nadzwyczaj trudném. Prawda że w największéj ilości porodów obecność lekarza bywa uważaną za zbyteczną i wszystko powierza się wyłącznie akuszerce. Jednakże, niech mi wolno będzie zrobić pewną uwagę, zdającą się mi być w téj kwestyi dość ważną. Nieraz zdarzało mi się słyszeć mieszkańców tutejszych uskarżających się na lekarzy za żądanie w przypadkach położniczych honoraryjów nie do uwierzenia kolosalnych. Jest to skarga najzupełniéj usprawiedliwiona. Lecz jakżeż mają postępować lekarze na Wschodzie, mając bardzo rzadką sposobność asystowania przy porodach. Z okoliczności więc, gdy się tylko takowa nadarzy, uważają za praktyczne korzystać. A wtedy łatwo zrozumieć kłopot rodziny, która zmuszona już do wspaniałego wynagrodzenia akuszerki, bywa jeszcze obowiązaną zadowolić zbyteczne wymagania lekarza. Ztąd więc wynika, że nie zależnie od egzystującego wstrętu ku lekarzowi, kwestyja pieniężna bywa tu potężnym powodem, podtrzymującym ogólną obojętność. Co także dowodzi, że w całéj Turcyi jeżeli słyszymy o kobiecie rodzącéj do któréj wezwano lekarza, to można być pewnym, że osoba należy do rodziny zamożnéj, ponieważ zwykli mieszkańcy bardzo rzadko, a wieśniacy nigdy nie odważą się wezwać lekarza.

Kwestyja więc określania honoraryj jest pierwszym powodem, stanowiącym podstawę powodzenia dbającego o swój interes medyka. Drugim nie mniéj ważnym jest zachowanie najlepszych stósunków z jakąby nie było „Ebbe hanyni“ (akuszerką), ponieważ od niéj to głównie zależy odwołanie się do pomocy lekarskiej, nawet w przypadkach nie przedstawiających żadnych powikłań. Tak bowiem mąż jak i otaczający krewni nigdy się nie odważają zażądać obecność lekarza bez poprzedniego zasiągnięcia zdania akuszerki.

(Dokończenie nastąpi.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(K.) We Freiburgu odbył się niedawno ciekawy proces o fałszerstwo wina przeciw kupcowi Herbsterowi z Salcburga. Oskarżonemu udowodniono, że sprowadził tylko 3000 hektolitrów wina a wysłał go ze swojego handlu 52.000 hektolitrów. Dodawał on wedle rozbiorów chemicznych do wina wyskok, cukier, wodę i różne roślinne barwiki. Prócz tego wykryto rzecz dotąd nienapotykaną: znaczny dodatek soli. Tak zafałszowane wino rozesłał obwiniony po okolicy, sprzedając hektolitr po 45 do 80 mark. Gdyby to wino zafałszowane zawierało nawet 50% czystego wina, to i tak cena jego nie przenosiłaby 14 do 15 mark za hektolitr. Sąd skazał obwinionego na dwa miesiące więzienia i 500 mark grzywny.

(K.) Prof. Esmarch założył w Kiel rodzaj szkoły, w któréj tak mężczyźni jak i kobiety wszystkich stanów zostają obznajmiani ze sposobami udzielania pierwszéj pomocy lekarskiéj w przypadkach nagłych. Zakład nazwał prof. Esmarch *Nothhelfer-Schule.* — W Anglii już od dłuższego czasu istnieją podobne zakłady. Urządzeniem ich zajmuje się głównie stowarzyszenie Johannitów *(Johanniter-Orden)*. Stowarzyszenie to liczy już 22,691 członków. Do szkół zwanych *Ambulance-Classes* uczęszczają tak damy z najwyżéj położonych warstw społeczeń-

stwa angielskiego, jak i proste robotnice. Anglija teraz ma we wszystkich warstwach ludności podostatkiem ludzi obznajmionych z umiejętném pielęgnowaniem chorych jak i z udzielaniem pierwszéj doraźnéj pomocy lekarskiéj nieszczęśliwym. Prócz téj korzyści szkoły takie przynoszą i drugą nader ważną dla zdrowia publicznego: zapobiegają one fuszerstwu lekarskiemu. Każdy uczeń opuszczający zakład składa egzamin. Zarządy kolejowe, jakotéż przełożeni władz zachęcają szczególniéj służbę kolejową, okrętową, górniczą, służbę bezpieczeństwa publicznego itd. do uczęszczania do podobnych zakładów. Zakład prof. Esmarcha rozwija się nader pomyślnie. Dotąd zapisało się przeszło 800 osób, tak że zasłużony profesor chirurgii musiał już utworzyć w d. 8 lutego drugi oddział swojéj szkoły.

* **Honoraryja lekarskie.** Kongres amerykański przyznał z funduszów państwa lekarzom, którzy leczyli prezydenta Garfielda, następujące honoraryja: Blissowi 25000 dolarów, Drom Agnew i Hamiltonowi po 15000, Reyburnowi i Boyntonowi po 10.000, a p. Edsonowéj za pielęgnowanie chorego 5000; razem przeto 80.000 dolarów; nadto chirurgom wojskowym: Barnesowi nadał rangę jenerał majora a Woodwardowi podpułkownika. — Billroth zaś otrzymał w Petersburgu za amputacyję uskutecznioną na ks. Czertkowie 15.000 zła.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 26 lutego do 4 marca podniosła się śmiertelność ogólna z 22,9 do 41,3 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 5 (1 z. t.); z odry 1 (0 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.): z błonicy 2 (2 z. t.), z krztuśca 2 (0 z. t.); z duru brzusznego 2 (0 z. t.); z duru osutkowego 3 (2 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z róży 1 (1 z. t). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach ospy, 1 płonicy, 22 duru osutkowego (o 3 przypadkach z kryminału, 2 ze szpitala św. Łazarza, 1 z Kleparza, 10 przypadków z Kazimierza, 6 ze wsi). W tygodniu od 9 stycznia do 4 lutego ospa nie zmieniła się w Londynie. Leczyło się w szpitalach 484, świeżo zapadło 81, umarło 13. W Pradze umarło 4, w Petersburgu 9, w Paryżu 11, w Wiedniu 16, w Budapeszcie 10, w Warszawie 40. W Rotterdamie i Liverpolu po 1, w Madrycie panowała ospa w listopadzie i grudniu, gdzie od 28 listopada do 4 grudnia umarło 21. Odra złagodniała w Chrystyjanii. Z duru osutkowego umarło w Pradze 1, w Wiedniu i Londynie po 2, w Budapeszcie 3, Granadzie 4, w Petersburgu 16. Z krztuśca umarło w Londynie 194. Z febry żółtéj umarło od 16—31 grudnia w Rio de Janeiro 19.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 29 stycznia do 4 lutego umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 27,5; we Lwowie 30,6; w Poznaniu 28,9; w Wiedniu 33,6; w Budapeszcie 39,8; w Pradze 30,0; w Tryjeście 30,2; w Berlinie 24,0; w Wrocławiu 28,7; w Gdańsku 34,3; w Mnichowie 37,0; w Dreznie 23,8; w Lipsku 20.7; w Bazylei 22,0; w Brukseli 24,2; w Amsterdamie 21,8; w Hadze 29,6; w Paryżu 30,16; w Londynie 27,1; w Kopenhadze 27,2; w Stokholmie 21,9; w Chrystyjanii 19,1; w Petersburgu 37,7; w Odesie 33,3; w Wenecyi 33,1; w Bukareszcie 23,9; w Madrycie 38,9; w Aleksandryi 37,3; w Nowym Yorku 32,0; w Filadelfii 25,4; w Bombaju 31,4. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 marca. Po wielomiesięcznéj ciężkiéj chorobie prof. Korczyński d. 13 bm po raz pierwszy pojawił się w swéj klinice, a dnia następnego miał wykład dwugodzinny, któremu uczniowie przysłuchiwali się z radośném uczuciem, że odzyskali zasłużonego i ulubionego nauczyciela. Uczuciu temu powszechnemu jeszcze przed rozpoczęciem wykładu dał wyraz słuchacz 4go roku, p. Damski, który w pięknem przemówieniu wyraził radość uczniów z wyzdrowienia profesora. Podczas swéj choroby prof. Korczyński pracował ciągle, a owocem téj pracy jest kilka rozpraw przygotowanych do druku, z których jedna właśnie drukuje się w Przeglądzie Lek., kilka innych niebawem ukaże się w innych czasopismach polskich i niemieckich. Nadto rozpoczął on większą pracę. — a znana jego energija nie dozwala nam wątpić, że śród licznych zajęć znajdzie czas do jéj wykończenia i nadzwyczajnego przysłużenia się piśmiennictwu naszemu. Wczoraj prof. Korczyński miał odczyt w Tow. lek., przywitany i tu nadzwyczaj serdecznie przez Przewodniczącego i wszystkich obecnych kolegów.

(M.) Wydział krajowy udzielił na wniosek kraj Rady zdrowia nagrody za odszczególnienie się przy zeszłoroczném szczepieniu ochronném od ospy następującym lekarzom: pierwszą nagrodę (200 zła.) lekarzowi Witołdowi Kluczyckiemu z Mędrzechowa; drugą (180 zła.) lekarzowi Antoniemu Kotowiczowi w Bieczu; trzecią (150 zła.) Drowi Teodorowi Kaczyńskiemu w Brzostku; czwartą (100 zła.) Drowi Stanisławowi Wnękowiczowi w Bursztynie.

* Dowiadujemy się, że pożądaném jest osiedlenie się lekarza w Karwinie w Szlązku austryjackim (stacyja kolei koszycko-bogumińskiéj). Bliższych wyjaśnień udzieli na żądanie Dr. Knapczyk w Boguminie (Oderberg).

* Otrzymaliśmy okólnik Inspekcyi zdrojowisk w Jaworzu, donoszący, że w nadchodzącéj porze kąpielowéj, praktykować tam będą Drowie Kaufmann i Smoleński, oraz że ostatni objął wyłączne kierownictwo zakładu wodoleczniczego, od 6 lat tamże istniejącego, a obecnie rozszerzonego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Zastępstwo po Ducheku ma objąć prof. Schrötter. Prof. Billroth razem z asystentami swymi Wölfflerem i Gersunym udał się do Bordeaux, wezwany do chorego celem uskutecznienia resekcyi żołądka. — **Praga czeska.** Prof. Breisky z powodu nieprzyjęcia katedry we Wrocławiu otrzymał tytuł i charakter radcy dworu. Prof. Klebs pożegnał się już ze słuchaczami swymi i temi dniami wyjeżdża do Zurychu, aby objąć tam katedrę po swoim uczniu Zieglerze, który przenosi się do Würzburga. — **Marburg.** Prof. Heusinger, najstarszy profesor niemiecki, obchodził właśnie urodziny swe 90te, a zarazem rocznicę 70-letnią doktoratu. — **Gryfija.** Dr. Strübing habilitował się jako docent prywatny kliniki wewnętrznéj, a Dr. Loebker jako docent chirurgii. — **Tybinga.** Prof. Bruns, ojciec laryngochirurgii, z powodu słabości prosił i otrzymał uwolnienie od obowiązków. — **Bern.** Również fizyjolog Valentin dla sędziwego wieku porzucił stanowczo katedrę fizyjologii. — **Paryż.** Wydział lekarski proponował jako kandydatów na prof. anatom. patolog. 16 głosami przeciw 14, (które otrzymał Hayem), Dra Cornila, a obok niego Drów Lancereaux i Granchera

* **Nekrologija.** D. 2 bm. umarł we Wrocławiu z raka żołądkowego i przewlekłego zap. otrzewny Dr. Oskar Simon, profesor chorób skórnych w tamecznym uniwersytecie, licząc zaledwie lat 37. Urodzony dn. 2 stycznia 1845 wcześnie stracił rodziców i chował się pod kierunkiem stryja Dra Teodora Simona, znakomitego lekarza szpitalnego w Hamburgu, który w 34 roku życia umarł z nowotworu mózgowego. Ukończywszy w Berlinie 1869 nauki lekarskie. udał się do Wiednia, aby pod Hebrą kształcić się w dermatologii; w r. 1870 odbył kampanię niemiecko-francuską i ozdobiony został krzyżem żelaznym. W. r. 1873 habilitował się w Berlinie na podstawie monografii o umiejscowieniu chorób skórnych; w r. 1878 mianowany został profesorem w Wrocławiu.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

w *Medycynie* Nr. 9: Florkiewicza: Spostrzeżenia z praktyki prywatnéj i szpitalnéj. I. Rak pierwotny całego płuca (c. d.); Szokalskiego: Niezwykły przypadek przyrostu powieki górnéj do gałki ocznéj; w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 10: Jerzykowskiego: Ostre całkowite wynicowanie macicy; Heringa; O wynikach mechanicznego leczenia zwężeń krtani (dok.); w *Przewodniku gimnast.* Nr. 3: Żulińskiego: Ruch mięśniowy i wpływ jego na zdrowie człowieka (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. St. PONIKŁO: O oznaczaniu dolnéj granicy żołądka. (Osobne odbicie z Przeglądu Lek. 1882), in 8vo str. 48.

L. 1

Walne Zgromadzenie Towarzystwa lekarzy galic. wybrało profesora Dra Adama Czyżewicza skarbnikiem jeneralnym Towarzystwa, a sekretarzem jeneralnym nadal Dra Merunowicza. Zawiadamiając o tém wszystkich szanownych Kolegów, upraszamy ich, aby wszelkie pieniądze dla Towa-

rzystwa przesyłali do rąk kol. Czyżewicza (ul. cłowa 2), wszelkie zaś pisma jak dotąd do podpisanego sekretarza (Namiestnictwo).

Z Rady Zawiadowczéj Towarzystwa lekarzy gal.

Lwów dnia 5 marca 1882.

Dr. Merunowicz sekretarz. — *Dr. Hoszard* zast. prez.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. — W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 25 marca 1882. № 12. Rok XXI.

I. O śródbłoniakach i ich stosunku do raka.

Podał prof. Browicz.
(Wykład na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 15 lutego 1882).

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11)

Otrzewna w miejscach tak znacznie zgrubiałych pozbawioną była zupełnie powłoki komórkowéj. Grube, szklistego wejrzenia pasma tkankołączne równolegle do powierzchni przebiegające tworzyły główną masę tkaniny. Pomiędzy pasmami znajdowały się dosyć gęsto rozrzucone komórki wrzecionowate, jakoteż nieliczne naczynia krwionośne. W głębszych warstwach wiotszego utkania z miejscami znacznie rozwiniętym naciekiem drobnokomórkowym ukazywały się w miarę zbliżania się do tkanki podsurowiczowéj coraz liczniejsze przestwory i szczeliny, tworzące cały system okrągławych, podłużnych, a nawet rozgałęziających się jamek, które częścią wypełnione były komórkami większemi, wielokształtnemi o wielkiém, owalném jądrze, częścią wyścielone były pokładem pierścieniowym komórek przybłonkowatego wejrzenia, w środku zaś widocznym był wolny przestwór niejako światło, w którym gdzieniegdzie leżała jakby skrzepła, jednostajnego wejrzenia i niebarwiąca się masa, lub téż luźne komórki rozmaitéj wielkości, niekiedy tak wielkie, iż zajmowały cały ten przestwór. Komórki o jądrze mniéj wyraźném aniżeli w komórkach tworzących pierścieniową wyściółkę, o pierwoszczu jednostajnego wejrzenia, zlewały się gdzieniegdzie szczególnie wśród większych przestworów w jednolitszą masę, wśród któréj zarysy komórek coraz mniéj były wyraźnemi.

Wolna powierzchnia, jak wspomniano powyżéj, nie wszędzie jednostajnie zgrubiała, pokrytą była w wielu miejscach pokładami białawemi, miękkiemi, soczystemi, które tę samą budowę przedstawiały co podobne pokłady w poprzednich trzech przypadkach, z tą jednak różnicą, iż wśród nich znajdowały się owe złogi wapniste w kształcie ciał kulistych współśrodkowego składu (takież same ciała wapniste znajdują się prawie stale w śródbłoniakach opony twardéj), leżących tak wśród pasm tkanki łącznéj międzyprzestworowéj jakoteż wśród samych ognisk komórkowych. Złogi te były dosyć liczne, jak to już z chropowatości powierzchni wnosić można było. Złogi te w niniejszym przypadku nie miały nic wspólnego z naczyniami, jak to w innych razach Cornil i Ranvier *(Manuel d'histologie pathologique 1881, p. 166)*, wykazali, ale powstały wskutek zwapnienia częścią komórek warstwowo w ciała kuliste ułożonych, częścią w skutek zwapnienia włókien tkanki łącznéj. Złogi te rozmaitéj wielkości były częścią pojedynczo rozrzucone wśród tkaniny nowotworowéj, częścią skupione w grupy.

W otrzewnéj przeponowéj podobne zmiany znajdowały się jak na reszcie worka surowiczego. I tutaj naciek nowotworowy sięgał w warstwę podsurowiczą, wnikał w pokład mięśniowy, który rugowany przez szerzący się nowotwór miejscami przedstawiał znaczny stopień zaniku tak, iż pomiędzy ogniskami nowotworowemi i wśród podścieliska tkankołącznego widzieć można było zaledwie tu i owdzie porozrzucane pęczki mięsne a nawet podosobniane włókna mięsne. Różnica w budowie nowotworu w tém i w innych miejscach otrzewny ta jednak widoczną była, iż nie widać było owych większych, nieregularnego kształtu przestworów, wypełnionych komórkami jak w innych miejscach otrzewny, ale według kierunku przekroju mniejsze, okrąglawe lub kuliste jamki albo podłużne kanały, jakby przewody wśród tkanki włóknistéj wyżłobione, których ściany wyścielone były pokładem jednowarstwowym komórek, niedokładnie od siebie poodgraniczanych, zupełnie jednostajnego wejrzenia, wśród którego to pokładu jądra przedstawiały kształt tworów pęcherzykowatych, nie barwiących się. Wewnętrzny obrys pokładu tego nie był równy ale przeważnie pagórkowaty, w skutek niejednostajnéj wielkości komórek.

Wnętrze tych jamek i przestworów podłużnych wśród

podścieliska znacznie rozwiniętego włóknistego, w wielu bardzo miejscach wypełniały masy bądź to jednostajnego wejrzenia, bezpostacie t. j. nie zawierające części morfotycznych komórkowych, lekko różowo się barwiące, bądź też masy lekko ziarniste, niebarwiące się, na kształt wałeczków w cewkach nerkowych tkwiące. Masy te w niektórych miejscach przedstawiały obraz przemawiający za powstawaniem tychże z komórek klejnowo zwyrodniałych w postaci bryłek, wśród których jeszcze tu i owdzie jądra lekko barwiące się spostrzedz można było. Warstwy przyopłucnowe przepony, jakoteż opłucna sama nie przedstawiały już zmian nowotworowych.

Torebka wątroby, jak wyżéj wspomniano, była znacznie zgrubiałą na powierzchni górnéj i przodkowéj i prawie jednostajnie nowotworowo zwyrodniałą. Nieregularnego kształtu i rozmaitéj wielkości przestwory, nie wszędzie owym pokładem komórkowym wyraźnie i w znacznym stopniu klejnowo zwyrodniałym wyścielone, zawierały komórki rozmaitéj wielkości i kształtu, nieco tylko barwiące się, pierwoszcze jednostajnego wejrzenia, jądra przeważnie niewyraźne, owalne, jąderkowe. Komórki te luźnie i bezładnie wśród przestworów leżały. Pokłady te od miąższu wątrobowego odgraniczone były dosyć szerokiém pasmem tkanki włóknistéj, obfity naciek komórkowy limfoidalny zawierającéj. Wśród tego gdzieniegdzie widoczne były pojedyncze przestworki owalnego kształtu, wyścielone pokładem jednolitym komórek wałeczkowych, okalających wąskie światło. W dwóch miejscach, jak to w ustępie protokołu sekcyi przytoczyłem, naciek nowotworowy przebijał to pasmo i wsuwał się w kształcie klinu na parę milimetrów w głąb miąższu wątrobowego. Mikroskop wykazał, iż od powierzchni naciek nowotworowy wsuwał się w głąb wśród tkaniny tego samego składu i wejrzenia w owe pasmo odgraniczające na powierzchni warstwę torebki nowotworowo zwyrodniałą od miąższu wątrobowego.

Tak samo jak podotrzewnowo rozpościerał się nowotwór na otrzewnéj ściennej, przeponie a po części i na wątrobie, tak samo widzieć to można było na otrzewnéj jelitowéj, gdzie w kilku miejscach tkanka nowotworowa tworzyła guzy kuliste, wielkości orzecha laskowego, wsuwające się i unoszące warstwy wewnętrzne ściany jelita w kształcie półkulistych wyniosłości w głąb światła jelita. Już makroskopowo widocznem było rozpołożenie i stosunek nacieku nowotworowego do poszczególnych warstw ściany jelita. Naciek nowotworowy zajmował głównie i prawie wyłącznie warstwę podotrzewnową. Budowa jamista, nieregularnie przestworowa, tak jak w sieci w przypadku drugim. Rozległa zmiana klejnowa *(colloid)* czyniła ogniska komórkowe mniéj charakterystycznemi. Pasma i ogniska komórek téj samej wielkości, co w głównym podotrzewnowym nacieku, wsuwały się wśród tkanki łącznéj zgrubiałéj między pęczkami warstwy mięsnéj ku tkance podśluzowéj, nigdzie jednakże jéj nie dosięgały. Na miejscu wiotkiéj tkanki podśluzowéj znajdowała się zbita, jednostajnego wejrzenia, włóknista tkanina, bezpośrednio przechodząca w włóknisto zwyrodniałą i gruczołów pozbawioną błonę śluzową, kosmki na tych miejscach mniéj liczne również jednostajnego wejrzenia. Wśród utkania kosmków i błony śluzowéj znajdowały się nieliczne, bryłkowate, drobne złogi wapniste. Po nad jednym w tych z guzów istniejące powierzchowne owrzodzenie o brzegach ostrych, dosyć regularnych, kształtu kolistego, nie przedstawiało ani śladu nacieku nowotworowego ani téż zapalnego, było więc wynikiem nekrozy w skutek niedostatecznego odżywienia zwyrodniałéj i po nad guzem rozpiętéj błony śluzowéj i podśluzowéj rozwijającéj się.

W przypadkach tych sprawy nowotworowéj w otrzewnéj, które Panom przedstawiam, można było śledzić rozwój nowotworu od początku prawie jego związku aż do szczytu jego rozwoju. W obec braku wszelkich zmian nowotworowych w innych narządach i częściach ustroju a mianowicie w fizyjologicznych pokładach tkanki przybłonkowéj, nie można odnieść punktu wyjścia nowotworu do żadnych innych elementów w skład fizyjologicznéj błony surowiczéj wchodzących, jak tylko uwzględniając obraz histologiczny, jaki powyżéj w krótkości skreśliłem, odnieść je wypada do pokładu komórkowego, wchodzącego w skład naczyń a mianowicie naczyń limfatycznych. Przypadki takie nabierają tem większego znaczenia, ile że podobieństwo budowy i komórek w skład ich wchodzących do nowotworów, których punktem wyjścia są pokłady tkanki przybłonkowéj, jest, jak to powyżéj niejednokrotnie wspomniałem, niekiedy tak bardzo łudzącém, iż Wagner objął je wspólném mianem nowotworów rakowych, nazywając je rakami śródbłonkowemi.

Nasuwa się teraz samo przez się pytanie, w jakim stosunku znajdują się nowotwory śródbłonkowe do przybłonkowych, czy istnieją jakie cechy rozeznawcze, po których by je od przybłonkowych odróżnić można, a wreszcie, co właściwie oznacza nazwa raka, pojęcia patologicznego dotychczas ściśle nie określonego.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Działanie lecznicze salicynu.

Napisał Prof. Dr **Korczyński.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

15. Jan S., lat 22, we wczesnym okresie suchot. Od 15/3—20/3 ciepłota ranna 36.8—37.1, wieczorna 38—38.4, dla tego téż nie używano z wyjątkiem kreozotu i *cerium oxalicum* przeciw kaszlowi, żadnego środka przeciwgorączkowego. 21/3 zrana 37.8, wieczór 39°.

godz.	21/3	22/3	23/3	24/3
8	38	37.6 (15gm. s.)	36.9 (15gm. s.)	36.5 (bezleku)
10	39 (10gm. s.)	37.6	36.2	36.5
12	38.6	37.6	36.6	36.6
2	**38.2**	37.2	37	36.6
4	39	38.0	37.1	36.6
6	38.8	38.8	37.2	36.7

Odtąd ciepłota podniosła się tylko dwa razy pod wieczór do 38°, a chory wyszedł w stanie polepszonym 2/4. Salicyn w pierwszym dniu obniżył ciepłotę tylko o 0.8, przez dwa następne dni podawany usunął zupełnie stan gorączkowy. Z przypadków ubocznych pojawiły się gniecenie w okolicy żołądka, upośledzenie łaknienia, szum w uszach, a ostatniego dnia nudności.

W większéj połowie przypadków wpływał więc salicyn na ciepłotę ciała wywołując przytém daleko rzadziéj i daleko mniéj ważne przypady uboczne niż chinin. Z wyjątkiem przyp. 14go, gdzie równy prawie skutek rozwijał chinin i kwas salicylowy, we wszystkich innych, gdzie równocześnie doświadczano skuteczności chininu, ten ostatni okazał się nawet w dawkach dwa a nawet przeszło 3 razy mniejszych skuteczniejszy, lubo skutek opłacony został prawie zawsze intoksykacyją lżejszego stopnia. Działanie salicynu polegało w przeważnéj liczbie przypadków na bezpośredniém obniże-

niu ciepłoty ciała o 0.4—1.8°, niekiedy zaś ograniczało się do utrzymania ciepłoty na tym samym stopniu z zapobieżeniem dążności dalszego wznoszenia się, a tylko w wyjątkowych przypadkach (przyp. 10, 13 i 15) wpływ korzystny rozciągał się na dłuższy przeciąg czasu tak, że chorzy przez uśmierzenie gorączki odnieść mogli korzyść istotną, a nietylko wątpliwą i przemijającą.

Działanie swoiste w zimnicy.

W kilku przypadkach zakażenia zimniczego przewlekłego salicyn nie zmniejszał rozmiarów śledziony i nie wywierał widocznego wpływu na poprawę stanu ogólnego, lubo w małych (½—1gm.) dawkach kilka razy dziennie stosowanych poprawiał łaknienie. W przypadkach świeższych z napadami zimniczemi działał korzystniéj:

1. M. J., l. 40. Cierpi po raz pierwszy na zimnicę, której napad pierwszy pojawił się przed 10 dniami i odtąd powtarzał się co trzeci dzień. Po stwierdzeniu istotném napadu zimniczego, gdzie wśród dreszczów ciepłota wynosiła 40.2°, podano tego samego dnia i nazajutrz po 6gm. salicynu w trzech dawkach. Na trzeci dzień powtórzył się jeszcze napad zimniczy z równém wzniesieniem ciepłoty, wśród którego podano 9gm. sal. w 3ch dawkach. Był to napad ostatni. Nazajutrz stwierdzono: śledziona w wymiarze podłużnym o 3, w poprzecznym o 2cm. mniejsza, brzeg jéj jeszcze pod łukiem żebrowym macalny, ale cieńszy i miększy. Cera ziemista zmniejszyła się, apetyt lepszy, osłabienie trwa. Dotąd przez następnych 7 dni zażywała chora 3 r. dz. po 3gm. salicynu i znosiła go wybornie, śledziona malała coraz bardziéj, ale nie wróciła do całkiem prawidłowych rozmiarów, łaknienie było dobre, osłabienie znikło, a cera twarzy nabrała zdrowego wejrzenia.

W przypadku tym 21gm. salicynu usunęło napady zimnicze, ale 84gm. nie były w stanie doprowadzić śledziony do całkiem prawidłowych rozmiarów.

2. D. Ch., l. 19, z blednicą. Zimnica jako *febr. tertiana anteponens* od 6 tygodni, z ciepłotą dochodzącą w okresie gorączki pod pachą do 41.1, i z wielkim obrzękiem śledziony. Napady zimnicze ustąpiły zupełnie po 4ch dniach przy używaniu dziennie po 10gm. sal. w trzech dawkach (razem 40gm.), ciężar ciała podniósł się o 700gm., rozmiary wątroby zmniejszyły się w większym, śledziony w mniejszym stopniu. Dalszego podawania salicynu zaniechano jednak, gdyż chora ostatnią dawkę zwymiotowała i skarżyła się na silny szum w uszach i upośledzenie łaknienia. Po dwudniowéj pauzie 3 dawki po 1gm. siarkanu chininowego dziennie wpłynęły znacznie na zmniejszenie się rozmiarów śledziony.

3. M. R., l. 13. Choroba rozpoczęła się przed 3 miesiącami od osłabienia, dreszczyków i gorączki bez ścisłego toru. Śledziona na dwa palce pod łukiem żebrowym macalna, brzeg gruby, twardy, nieco bolesny, stłumienie w wymiarze poprzecznym 6, w podłużnym 11cm. W pierwszych dwóch dniach popołudniowę podnoszenie się ciepłoty do 38.3° bez poprzednich dreszczów, potém poty; w następnych dwóch dniach mierne dreszcze, po których raz podniosła się ciepłota do 41.7, drugim razem do 40.7, a napad kończył się obfitemi potami.

Po 12gm. salicynu, wyżytych w dwóch dniach silniejszych napadów zimniczych pojawiło się następnego dnia wzniesienie ciepłoty popołudniu tylko do 37.6, a pod wieczór mierne poty, i odtąd silniejsze napady zimnicze nie pojawiły się ani razu. Śledziona nieznacznie zmalała.

Mimo dalszego używania chininu w ilości 1gm. dziennie przez 3 tygodnie i rozczynu Fowlera przez 2 tyg. aż do wyjścia z kliniki pojawiały się od czasu do czasu nieznaczne wzniesienia się ciepłoty, a obrzęk śledziony nie znikł zupełnie.

Salicyn w dawce niewielkiéj mimo 3 miesięcznego trwania choroby przecież był w stanie usunąć tak silne napady zimnicze, w których ciepłota dochodziła do 41.7°.

4. W. P., lat 46, z Dąbia (nad Wisłą). Od 3ch tygodni po raz pierwszy w życiu napady typowe zimnicy trzeciaczki. Śledziona bardzo powiększona, brzeg jéj gruby, bolesny, macalny na 3 palce pod łukiem żebrowym. Po wyżyciu 35gm. salicynu (3 r. dz. po 5gm.) napady zimnicze zupełnie ustąpiły a śledziona nieco zmalała. Po wyżyciu dalszych 85gm. (3 r. dz. po 5gm.) obrzęk śledziony zupełnie ustąpił. Razem wyżył chory 120gm. salicynu.

W praktyce prywatnéj stosowałem również salicyn z wynikiem zupełnie zadowalającym w kilku przypadkach uporczywych zimnic, które nie ustępowały przy dłuższém używaniu chininu. Mniéj korzystne wyniki, jakie otrzymywali inni autorowie, a między innymi J. Mianowski (*Collectanea med. chir.* Vol. I, str. 245. Vilnae, 1838) tłumaczą się zbyt małemi dawkami leku.

Działanie swoiste w zapaleniu ostrém idyjopatyczném stawów.

W kilku przypadkach przewlekłego zapalenia torebek maziowych, również w kilku przypadkach zapalenia stawów zniekształcającego, wpływ salicynu był ujemny tak ze względu na obrzmienie stawów, jakotéż na bóle.

Pośród 9 przypadków zapalenia ostrego lub przyostrego tylko w jednym przypadku małe, bo 4gm. wynoszące dawki salicynu nie miały skutku, podczas gdy dzienne dawki 6gm. kwasu salicylowego wpływały na zmniejszenie się bólów; w reszcie przypadków skutek był w mniejszym lub większym stopniu dodatni, a niekiedy nawet świetny.

1. S. A., chora od 8 tygodni, mierny stan gorączkowy. Salicyn po 10gm. dziennie przez 6 dni usunął rychło obrzęki stawów i bóle, ale nie zapobiegł pojawieniu się bólów w nowych dwóch stawach. Pogorszenie to znikło przy używaniu 7-dniowém po 6gm. kwasu salicylowego; jednak i lek ten nie zapobiegł odnowieniu się bólów, a takowe ustąpiły dopiero śród używania przez następny tydzień po 6gm. dziennie będźwinianu sodowego. Salicyn i kwas salicylowy sprawiały szum w uszach.

2. K. S., l. 60, chory od 2ch tygodni, powikłanie z zapaleniem osierdzia. Liczne stawy zajęte, stan gorączkowy dochodzący do 38.5. Przybył 3/7, wyszedł 13/7 zupełnie zdrów. Wśród używania przez 6 dni salicynu po 5gm. dziennie w dawkach 1gm. co 2 godziny bóle ustąpiły szybko, obrzmienia zmniejszyły się, a chwilowe pogorszenie się przez zwiększenie się bólu w stawach palcowych ustąpiło po podaniu 2-razowém po 6gm. kwasu salicylowego. Wpływ na ciepłotę był bardzo wybitny.

3. M. Sz., l. 40, przybyła 24/10 w dniu choroby 5tym, wyszła 18/12 bez obrzmień stawowych, ale z bólami pojawiającemi się często w stawach i w mięśniach. Choroba zajmowała liczne stawy. Jedynastodniowe używanie będźwinianu sodowego po 10gm. dziennie mało wpływało na stan gorączkowy i na sprawę miejscową w stawach. Po jednodniowém użyciu 10gm. salicynu w dawkach 1gmowych nastało takie zmniejszenie się bólów i obrzmień stawowych,

że chora, któréj poprzednio najmniejszy ruch sprawiał dokuczliwe bóle, domaga się koniecznie wstania z łóżka. Przy dalszém używaniu przez 6 dni po 10gm. salicynu gorączka ustąpiła zupełnie, a obrzmienia stawów znikły bez śladu. Późniejsze zażywanie salicynu nie uśmierzało bólów czasami zjawiających się.

4. G. F., lat 44, przybył d. 6/1 w piątym dniu choroby, wyszedł zdrów dnia 2/2. Liczne stawy zajęte, ciepłota 38.3 do 38.6, już ucisk kołdry sprawia dotkliwe bóle. Po wyżyciu 24gm. salicynu w 2ch dniach zanotowano: Stan gorączkowy ustąpił, obrzmienie stawów mniejsze, bóle gwałtowne tak złagodniały, że chory o własnéj sile może poruszać się na łóżku. Po dalszém użyciu 15gm. na dobę nazajutrz 11/1 stwierdzono: stawy barkowe poprzednio obrzmiałe tylko przy ruchach, a stawy mostko-obojczykowe tylko przy ucisku bolesne, staw łokciowy prawy tylko przy wykonywaniu ruchów nieco bolesny, obrzmienie stawu nadgarstkowego prawego utrzymuje się, w lewym znikło zupełnie, stawy skokowe poprzednio obrzmiałe i bolesne są obecnie zupełnie wolne, a obrzmienie stawów kolanowych znacznie mniejsze. Ponieważ w dniu 13/1 mimo 10gm. salicynu codziennie używanych pojawiło się ponowne obrzmienie w stawach barkowych, usunięto salicyn, a podano kwas salicylowy 6gm. dziennie. Lek ten wpłynął korzystnie na zajęcie stawów barkowych, ale mimo tygodniowego używania nie zapobiegł ponowieniu się choroby w stawach kolanowych.

Salicyn dopiero w ostatnim dniu sprawiał odbijanie, nudności i mierne upośledzenie apetytu; w ciągu używania kw. sal. chory żalił się przez cały czas na szum w uszach, zawrót głowy, gniecenie w okolicy żołądka i zupełny brak łaknienia.

5. A. L., lat 30, przebył zapalenie ostre stawów, 2 miesiące trwające; po tygodniu, wśród którego chory nie miał już żadnych bólów, choroba wróciła zajmując liczne stawy. Nazajutrz przybył do kliniki. Przyjęty 3/12, wyszedł 24/12. Z początku stan gorączkowy 38.8. Leczenie salicynem trwało dni 13, z początku zażywał chory po 14, późniéj po 10 i po 6gm. dziennie. W dwóch dniach stan gorączkowy znikł, a obrzmienie i bolesność stawów już po 2ch dniach mniejsze, z każdym następnym dniem malały.

6. M. L., lat 40, przyjęta 13/2 w 3cim dniu choroby, wyszła zdrowa 24/2. Staw barkowy i łokciowy prawy bardzo bolesne i mocno obrzmiałe: obwód pierwszego wynosi 40, drugiego 24cm. Ciepłota dochodzi 40.1°. Dwurazowe wstrzyknięcie podskórne 0.02 chlorku pilokarpinu bez widocznego skutku. Po dwudniowém używaniu po 6gm. salicynu dziennie bóle zmniejszyły się tak, że chora mogła spać, stawy sklęsły, a po dalszych 6 dniach choroba ustąpiła zupełnie. Obwód stawu barkowego wynosi 35, łokciowego 21cm.

7. J. K., l. 26, przebywał już zapalenie stawów w 17 i 20 r. życia, ostatnim razem trwała choroba 3 tygodnie. Przybył do kliniki 16/2 w dniu choroby 8mym, wyszedł zdrów 16/3. Wstrzykiwania ergotynu przez dwa dni stosowane były zupełnie bez skutku; kwas salicylowy przez następne 4 dni, w ilości 4gm. dziennie, wywołał dokuczliwe przypady żołądkowe, wcale nie wpływał korzystnie ani na stan gorączkowy ani na chorobę stawów, a nadto nie zapobiegł rozwinięciu się zapalenia osierdzia. Salicyn w 7mym dniu obserwacyi klinicznéj w ilości dziennéj 15gm. (co godz. po 1gm.) usunął stan gorączkowy, zmniejszył znacznie obrzmienia stawów, i usunął bóle, tak, że chory obejść się mógł bez użycia 0.02 morfinu, którego dotąd co noc używać musiał. Po dalszych dwóch dniach tego lekowania choroba stawów ustąpiła zupełnie, a chory używał przez dalsze 6 dni po 5gm. salicynu tylko dla zabezpieczenia się od powrotu choroby. Dalszy pobyt w klinice miał tylko na celu usunięcie zapalenia osierdzia. Ten szczegół zasługuje jeszcze na wzmiankę, że wśród używania salicynu przypady żołądkowe wzniecone kw. salicylowym ustąpiły rychło, a apetyt wrócił w zupełności.

8. M. S., lat 20, przybyła 1/7 wieczór w trzecim dniu choroby, z ciepłotą 38.6 z obrzmieniem, zaczerwienieniem i bolesnością wielką licznych stawów. Po pierwszém użyciu 15gm. salicynu (3 r. dz. po 5gm.) ciepłota opadła do 37.5, a bóle prawie zupełnie znikły. Śród podawania przez następne dwa dni téj saméj dawki choroba ustąpiła zupełnie, tak dalece, że chora czując się zupełnie zdrową i nie okazując najmniejszego śladu choroby, już w dniu 5/7, t. j. po niespełna 4-dniowym pobycie w klinice zakład opuściła.

Ostatnie cztery przypadki wykazują więc świetne skutki salicynu, a ostatnie dwa zadziwić nawet mogą szybkością i dosadnością działania tego leku. Przypadek 1szy i 4ty wskazują zarazem, że tak salicyn jak i kwas salicylowy nie są niekiedy w stanie zapobiedz chwilowym pogorszeniom, jakie niekiedy wśród najkorzystniejszego przebiegu choroby nastają. Przyp. 3ci świadczy, że niekiedy salicyn działa lepiéj aniżeli będźwinian sodowy, a przyp. 4ty, że kwas salicylowy w téj chorobie zazwyczaj tak wielce skuteczny, w niektórych przypadkach zawodzi, gdyż w małych dawkach nie działa korzystnie, a psuje w wysokim stopniu trawienie.

(Dok. nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Piśmiennictwo sądowo-lekarskie.

Dr. H. Kowalski: **O podbiegnięciach krwi ze stanowiska sądowolekarskiego.** Tarnów, nakładem Autora, 1881, in 8vo str. 43.

(Dokończenie. Patrz Nr. 11).

Radzibyśmy nic nie uronić z tych nowości,—dla braku miejsca atoli ograniczyć się musimy do najważniejszych.

I tak pisze K.:

„Widzimy sińce okrągłe, czworokątne, owalne, rozlane i „podobne do pręgów, smug i pasów...... Z kształtu sińca sądzimy „o rodzaju użytego narzędzia. Siniec okrągławy świadczy, „że narzędzie działające było tępe, twarde, okrągłe jak np. gał„ka laski lub kamień do niéj podobny. Czworokątne siń„ce, chociaż rozlane, dostrzegano po uderzeniach narzędziem tępém, „twardém i czworokątném jak np. książką, kałamarzem, „cegłą..... Wyjątkowo tylko możemy znaleść na szyi smugowate „sińce, gdy takową dłuższy czas uciska przedmiot...... Nie do rzad„kości też należy widzieć sińce palczasto ułożone, które są „niezbitym dowodem, że uderzenie nastąpiło roztwartą ręką..... Gdy „zaś smuga obiega mniéj więcéj koło całéj szyi, natenczas wnosić należy o dłuższym ucisku“ (str. 3 i 4).

Trudno w kilku zdaniach wypowiedzieć więcéj mylnych zdań, aniżeli ich tu nagromadził autor. Myśmy w 17letniéj praktyce sądowolek. na tysiące przypadków spotykali się tylko ze sińcami rozlanemi i smugowatemi, i co najwięcéj w czasach, gdy więźniów cieleśnie karano, widywaliśmy sińce miotlaste i dlatego przypuszczamy, że i po uderzeniu ręką powstać mogą sińce palczasto ułożone, jakkolwiek ich nigdy nie widzieliśmy; muszą one téż być bardzo rzadkiemi, jeżeli w ogóle się zdarzają, gdy Tardieu stał się przedmiotem prześla-

dowań ze strony kolegów i uczniów z powodu, że na twarzy ks. Piotra Bonapartego miał znaleść ślady palców Wiktora Noira. Dr. K. większe mieć musi doświadczenie, bo według niego sińce palczasto ułożone nie rzadko widzieć można. Co większa, on nawet widuje sińce owalne i czworokątne i podczas gdy z postaci okrągłéj sińca wnosi tylko o użyciu narzędzia okrągłego, z postaci czworobocznéj domyśla się działania książki, kałamarza lub cegły! Prócz niego nikt nie widział sińca czworobocznego, a widzieć go nie będziemy, dopóki prawa fizyki gruntownéj nie ulegną zmianie i dopóki książka lub cegła, rzucone o ciało człowieka, nie przylgną do ciała, jak papier Rigollota. Wreszcie autor wprawdzie wyjątkowo widzi na szyi sińce smugowate, ale przypuszcza możebność, że smuga obiega mniéj więcéj koło całéj szyi i że wtedy wnosić na leży o dłuższym ucisku. Takiéj smugi okalającéj całą prawie szyję nikt na świecie jeszcze nie widział, i nie pojmujemy, jakim sposobem ona mogłaby powstać. Ale autor sam nie umie powiedzieć, jakie sińce właściwie widział, a jakich nie: otóż np. na str. 2 zapewnia, że rozległe podbiegnięcia krwi napotykamy także na brzuchu, a na str. 10 uznaje za rzecz naturalną, że na ścianach brzusznych sińce nie występują.

Na str. 8 pisze autor:

„Według dzisiejszego stanowiska medycyny sądowéj, przekrój „sińca może posłużyć tylko do wykazania różnicy między plamą po- „śmiertną, a sińcem za życia powstałym.“

Według obecnego stanowiska nauki zdanie to, tak ogólnikowo wygłoszone, nie jest dostatecznie uzasadnioném.

Częstość podbiegnięć w powiekach po uderzeniach, zadanych w głowę lub skroń, tłumaczy mylnie (str. 10) przez utracenie ciągłości powiek skutkiem udzielającego im się wstrząśnienia; pochodzi ona bowiem ztąd, że krew wynaczyniona ścieka tam, gdzie z powodu luźności tkanin najmniejszy napotyka opór.

Na uwagę zasługuje ustęp następujący (str. 10).

„Do siły czynnéj zaliczyć także wypada silne wstrząśnienie „fal powietrza przez przelatujący odłamek kartacza, granata lub „kulę armatnią. Podbiegnięcia krwi w takich przypadkach bywają „bardzo rozległe i dość często łączą się ze zniszczeniem ka- „wałka płuca jeśli kula około piersi przeleciała. Ludzi takiemi wstrząśnieniami fal powietrza ugodzonych, nazywa „my kontuziowanymi...... Przypadki jednak kontuzyi, jako przy- „darzające się tylko na polu bitwy, nie wchodziły dotychczas „do zakresu medycyny sądowéj.“

A więc może będą wchodzić? Nie, one nie wchodzą, nie wchodziły i wchodzić nie będą do zakresu żadnéj nauki, bo one są jednym z owych wężów morskich, w których istnienie żaden student medycyny obecnie nie śmie wierzyć pod karą śmieszności! „Według obecnego stanowiska nauki nie godzi się przypuszczać istnienia kontuzyj z mimostrzału“ tak pisał Pelikan, prawda, że jeszcze w r. 1858; „die ganze Lehre von den Luftstreifschüssen ist durchaus aus der Luft gegriffen“ orzekł prawie równocześnie Billroth, a w r. 1881 według Dra Kowalskiego mimostrzał jest „siłą czynną,“ sprawiającą tak znaczne spustoszenia!

Nierównie więcéj uzasadnionym jest ustęp odnoszący się do sińców na twarzy śród uduszenia występujących, ale za to ustęp ten przypomina nam zbyt żywo dzieło Hofmanna. Porównajmy:

Kowalski str. 11.

„Siniaczki na twarzy, lub pod- „biegnięcia krwi pod spojówką, „mają daleko większe znaczenie „ze względu na śmierć z udu- „szenia, niżli obecność sinicy na „twarzy.. Drobne więc siniaczki na twarzy i podbiegnięcia „krwi na spojówkach, zwłaszcza „przy bladéj barwie skóry, jeżeli „nie są na téj saméj stronie twa- „rzy, którą zwłoki do podstawy „zwrócone, są jednym z najpe- „wniejszych dowodów śmierci „z uduszenia.“

Hofmann str. 456.

„Aus gleicher Quelle wie die „Cyanose stammen die Ecchy- „mosen der Bindehäute, die „sich nicht selten an der Leiche „von Erstickten finden, und denen „eine ungleich höhere Bedeutung „zukommt als der Cyanose...... „Der Werth solcher Befunde ist „um so grösser, wenn er sich „auf blassen Bindehäuten findet, „da in diesem Falle der Ein- „wand entfällt, dass die Ecchy- „mosen erst postmortal als Theil- „erscheinung einer durch die „abhängige Lage des Kopfes be- „dingten Leichenhypostase ent- „standen seien.“

Lecz podczas gdy prof. Hofmann sińce te przytacza śród innych zmian w uduszeniu występujących, autor nasz wyrywa szczegół ten z pocztu zmian wyliczonych przez Hofmanna i traktując go odrębnie nadaje mu znaczenie, o jakiém Hofmann nie myślał, to jest mieni go być jednym z najpewniejszych dowodów śmierci z uduszenia.

Autor uwzględnia także (str. 17) „wynaczynienia krwi, które nic wspólnego z ustawą karną nie mają“ (a domniemywamy się, że miał na myśli wynaczynionki nie wynikłe z uszkodzenia), i po dłuższym wywodzie dochodzi do wniosku (str. 27), że §. 42 instrukcyi austr., tyczącéj się sekcyj sądowych, powinien opiewać inaczéj, a mianowicie radzi, aby w 8 ustępach obejmował wszystkie możebne pochodzenia sińców. A jednak §. 42 aż nadto dostatecznie poucza znawcę, na co ma zwrócić uwagę swoją, tj. „czy plamy nie są pośmiertnemi, czy są wynaczynionka- „mi, petociami, lub wylaniem krwi, wywołaném przez inne „sprawy chorobowe, jak dur, ropnica, gnilec itd., przez na- „tężenie mięśni, przez znamiona, rozstrzeń naczyń itd.“ dodając wreszcie, że „każdym razem należy sprawdzać istotę „takich plam przez nacięcie.“ Instrukcyja austryjacka jest raczéj za obszerną i z tego powodu mało kto jest w stanie spamiętać wszystkie szczegóły; to téż wszystkie późniéjsze instrukcyje (pruska, bawarska) są o wiele zwięźléjszemi i dlatego odpowiedniejszemi.

Pomimo szczupłości miejsca musimy przytoczyć dosłownie jeszcze jeden ustęp, celem wykazania dogmatyczności poglądów naszego autora:

„Cechy, po których ból udawany rozpoznać można „są: 1) zdrowe wyglądanie, 2) brak gorączki, język czysty, apetyt do- „bry, sen naturalny, 3) odnoszenie bólu nie do pewnych punk- „tów lub kierunków, któremi nerwy czuciowe przebiegają, lecz prze- „ciwnie do całych części ciała, 4) brak blizny skórnéj lub kostnéj, „którąby gałązki nerwów uciskać mogła, 5) sprzeczność zeznań świad- „ków z twierdzeniami uszkodzonego, odnośnie do sposobu życia i „wykonywania zajęć“ (str. 30).

Zapytujemy się, czy lekarz jest w stanie wykazać symulacyję bólu na podstawie cech powyższych, choćby nawet badał i sen naturalny?

W „odniesieniu podbiegnięć krwi do ustawy karnéj austr.“ autor twierdzi, „że nie jest rzeczą lekarza „ważyć uszkodzenia ze względu na terminolo- „giją prawniczą.“ Zdanie to znów jest zbyt dogmatyczne i niezrozumiałe, bo przecież czynność lekarza sądowego polega na ocenianiu uszkodzeń na podstawie obowiązującego kodeksu, a tém samém na podstawie klasyfikacyi obrażeń, którą kodeks ten podaje. Jeżeli autor twierdzi następnie: „Jak dalece zwodniczym jest taki „podział, wynika z tego, że np. siniec, wielkości centa, **powinien** być uważanym jako lekkie, 15

„zaś sińców, wielkości jaja, za ciężkie obrażenie „ciała“ (str. 35), to wypowiada zdanie niezgodne z prawdą, bo o czémś podobném żadna ustawa nie wspomina, a żaden lekarz sądowy o tém nigdy nie słyszał.

Nad stylizacyją nieodpowiednią §. 152 k. k. austr. tyle już wylano atramentu, że zaprawdę dziwić się tylko wypada, że autor uważa jeszcze za potrzebne dowodzić, iż stylizacyja nowszych ustaw jest odpowiedniejszą. Myli się atoli, jeżeli mniema, że po wejściu w życie projektu nowéj ustawy karnéj wszelkie ustaną trudności dla lekarza sądowego, że ostatni już będzie wolen od obowiązku „ważenia uszkodzeń cielesnych ze względu na terminologiją prawniczą;“ zapewne, że ustaną niedogodności dotychczasowe, ale nastaną nowe, jak to widzimy w Niemczech. Gdyby autor był wystąpił z temi wywodami przed 25 laty i napisał je jasno i zrozumiale, byłby może oddał niejaką usługę lekarzom i prawnikom;—wtedy jednak wyręczyli go inni.

Jeżeli z uwagami swemi *de lege ferenda* autor znacznie się spóźnił, to uwagi jego *de lege lata* są już całkiem niefortunnemi. Niestety nie możemy powtórzyć stronnicy 40téj rozprawy, która stanowi dowód, na jakie bezdroża zabłąkać się może lekarz, wdający się w rzecz nieswoją. Odsyłamy więc czytelnika do oryginału, aby zapoznał się z klasyfikacyją zbrodni i obrażeń, podaną przez Dra K.

Przechodzimy teraz do części eksperymentalnéj. W r. 1880 ogłosił Dr. Rheder w Kielu (w *Viertelj. f. ger. Med.)* rozprawę pt. *„Die subpleuralen Ecchymosen beim Erstickungstode,“* (porówn. Przegląd Lek. 1880, Nr. 16) w któréj na podstawie swoich doświadczeń dochodzi do wniosku, że wynaczynionki podopłucnowe są następstwem pęknięcia naczyń w skutek podwyższonego parcia krwi, ostatnie zaś wynikiem drażnienia ośrodka naczynioruchowego, które to drażnienie objawia się przez zwężenie naczyń tętniczych. Otóż autor nasz dowiedział się o téj rozprawie i postanowił pójść w ślady Rhedera, aby zbić jego twierdzenia. Nie rozpatrzył się atoli należycie w literaturze i dlatego nie wie, jak trudnego podjął się zadania. W sprawie powstawania wynaczynionek podopłucnowych dużo już pisano, rozprawiano i doświadczano, a mimo to wątpliwości dotychczas wcale nie usunięto. Widzimy dwa przeciwne obozy, reprezentowane przez znakomitych badaczów, z których jeden broni teoryi „bańkowéj,“ a reprezentantami onego są: Donders, Krahmer, Cohnheim; drugi zaś przypisuje znaczniejszy udział kurczowi naczynioruchowemu, a w obozie tym znajdujemy Traubego, Ludwiga, Maschkę, Hofmanna i innych. Otóż Dr. K. sądził, że ma do czynienia tylko „z wywodami Rhedera“ (str. 13), i przeciwstawiając 15 psom ostatniego 15 królików swoich, przechyla szalę na korzyść Dondersa, Krahmera—a dodajmy i Cohnheima. Że z jednéj strony teoryja „bańkowa“ tłumaczyć może tylko powstanie wynaczynionek wśród uduszenia, a nie może żadną miarą tłumaczyć powstania ich w licznych innych rodzajach śmierci i że ona wyklucza pękanie naczyń, że z drugiéj strony Cohnheim dowodzi, iż wśród uduszenia nie następuje wcale znaczniejsze podwyższenie parcia w naczyniach płucowych, co znów przemawia przeciw teoryi obozu drugiego, wreszcie że doświadczenia licznych znakomitych badaczów zamiast wyjaśnienia kwestyi sprowadziły tylko zamęt, — nad tém wszystkiém autor nasz przechodzi do porządku dziennego, bo on widzi tylko przed sobą Rhedera, którego zwalczenie jest rzeczą łatwą, jeżeli się tylko taką samą ilość zwierząt ubije. Ale Rheder robił doświadczenia swoje pod kontrolą proff. Hensena i Falcka i dlatego lekceważyć ich nie można, podczas gdy Dr. K. robił swoje doświadczenia na własną rękę. Rheder robił doświadczenia swoje według zasad naukowych i w każdym przypadku prawie w sposób odmienny, a co parę minut zapisywał objawy, które spostrzegał; rozumie się zaś samo przez się, że robiąc doświadczenia nad śmiercią z uduszenia, czekał, aż zwierzęta się uduszą. Dr. K. poświęcił 15 królików w ten sposób, że na raz jeden 5ciu podwiązał tętnice szyjne, 5ciu żyły szyjne, 5ciu uciskał „krtań za pomocą nitki po za krtań założonéj,“ a wszystkie 15 jakby na komendę po upływie 5 minut ubił przez uderzenie własną ręką w kark! Czy podobne postępowanie godzi się nazwać doświadczeniem naukowém, czy z takiego ubijania biednych zwierząt można wysnuwać jakieś wnioski? Rhederowi można tylko zarzucić, że nie mierzył wprost podwyższonego parcia, naszemu autorowi zaś zarzucić wypada, że bez potrzeby, bez jasno wytkniętego celu i planu, bez żadnego pożytku ubił 15 królików. Postępowanie podobne jest wprost szkodliwém, bo podaje broń przeciwnikom wiwisekcyj, dowodzącym, że ludzie nie powołani dla własnéj satysfakcyi szafują życiem zwierząt; postępowanie takie stanowi dowód, że ustawa angielska, ograniczająca wykonywanie wiwisekcyj tylko do zakładów naukowych, niestety jest uzasadnioną!

W rozprawie swojéj autor powołuje się w kilku miejscach na przypadki z własnego doświadczenia. Z przypadków tych nie wynika, jakoby doświadczenie sądowo-lekarskie jego było rozległém. Tak np. na str. 14 podaje, że widział wynaczynionki podopłucnowe u niemowlęcia uduszonego przez matkę, na str. 16, że u chłopa B. widział po obrażeniu głowy wybroczyny w móżdżku „właśnie na tém miejscu, gdzie siła działała“, itd. Są to przypadki tak powszednie, że nie warto o nich wspominać; również zacytowany przez autora przypadek Maschki (str. 20) nie zawiera nic szczególnego, a przypadki śmierci z otrucia fosforowego dla biegłego lekarza sądowego przecież nie są nowiną.

Znajomość literatury u autora naszego w ogóle jest bardzo wadliwą. Albo źródła pożycza z Hofmanna (porówn. str. 5 rozprawy i str. 262 dzieła H.) albo polega bezwzględnie na kilku nowszych i dawniejszych dziełach, nie troszcząc się o rozwój historyczny poszczególnych kwestyj i nie wchodząc wcale w to, czy zdanie autora jest słuszne lub nie, czy dzieło ma jakąś wartość, lub nie. Tak np. dowiedziawszy się z roczników Schmidta, że Brouardel zauważył wynaczynionki podopłucnowe u niemowląt zmarłych z nieżytu oskrzelowego, podaje (str. 12) spostrzeżenie to jako nowe, nie wiedząc o tém, że to rzeczy każdemu lekarzowi, zwłaszcza sądowemu, znane, i że tak często rozpoznawano u niemowląt śmierć z uduszenia, podczas gdy przyczyną zgonu był nieżyt oskrzelowy. Tak z historyi wstrząsu nic więcéj nie wie, nad to, co pisze o nim Albert; tak twierdzi, że według Rhedera pierwszy Röderer opisał wynaczynionki podopłucnowe (str. 11), podczas gdy Rheder sam powołuje się na Schwartza, — twierdzi, że dopiero Casper wynaczynionkom tym nadał znaczenie sądowo-lekarskie, podczas gdy przed nim zwrócili na nie uwagę lekarze sądowi francuscy — tak błędnie przytaczając ustęp z prawa uplandzkiego niepoprawnie podaje nazwisko autora, z którego czerpał, nie wiedząc zresztą o tém, że to dzieło nie jest oryginalném. Już to z nazwiskami autor nasz pozostaje „w ustawicznéj rozterce“: Malpigi, Golz, Verlhof i Verlhoff, Hechl, Lochner,

Vallieix, Olhausen, Bronardel, nie są to błędy drukarskie, bo niektóre kilkakrotnie się powtarzają a w końcu autor ich nie prostuje pomiędzy błędami. Wyrazy: Cephalothoma (str. 19), Anathomie (str. 5), Ecchimosen (str. 11), miąsz (str. 16, 2 razy) nie przyczyniają się również do upiększenia rozprawy.

Od lekarza sądowego domagamy się przedewszystkiém, aby pisał jasno i zrozumiale. Styl Dr. K. atoli jest ciężki, zawiły, język niepoprawny, a przedstawienie rzeczy nie zrozumiałe. „Wiemy z akuszeryi“ (str. 21), „z anatomii opisowéj wiemy“ (str. 25), albo: „Tu także oddaje nam i drobnowidz odpowiednie usługi, pod którym kryształki hematoidynu w odpowiedniéj barwie widzieć można“ (str. 9) itd. jest to sposób wyrażania się, z jakim w rozprawie naukowéj nie powinniśmy się spotkać.

Zbyteczna byłoby dodać, że z tego cośmy powiedzieli i dosłownemi cytatami stwierdzili, wynika, iż rozprawa Dra K. jest kompilacyją, pozbawioną wszelkiéj cechy naukowéj. Nie myślimy się rozwodzić nad pytaniem, czy autor rozprawą taką oddał „niejaką przysługę lekarzom sądowym i prawnikom?“ Każdy lekarz sądowy po przeczytaniu kilku stronnic oceni należycie wartość rozprawy; prawnicy zaś kompetentni niechaj osądzą, czy rozprawa taka posuwa naprzód ich naukę.

Poświęciliśmy nieco więcéj miejsca i czasu pracy Dra K. i winniśmy się wytłumaczyć z nadużycia może cierpliwości czytelnika. Piśmiennictwo nasze lekarskie, przedtém bardzo zacofane, od pewnego czasu, dzięki zacnym usiłowaniom kolegów, rozwija się powoli wprawdzie, ale prawidłowo, i z dumą powiedzieć możemy, że coraz bardziéj zwraca na siebie uwagę zagranicy. Każde samodzielne spostrzeżenie stanowi cegiełkę, mającą wartość dla budowli, którą wznosimy; ale kompilacyje, strojenie się w cudze pióra, nietylko nie uświetnią tego gmachu, ale raczéj mogą go podać w poniewierkę. Na straży skarbu naszego powinna stać krytyka poważna i surowa, krytyka, do któréj stosować musimy słowa poety:

Patrzy z pilnością po świecie szerokim,
Co godne chwały, a co się nie godzi,
Gdzie ziarno dobre, gdzie się kąkol rodzi.

Prof. Blumenstok.

Dr. Fraentzel: O galopującym rytmie serca.

F. rozumie przez galopujący rytm serca występowanie trzech tonów sercowych, z których dwa przypadają na rozkurcz, a które rytmem swym przypominają tentent galopującego w oddali konia. Rytm ten można wyrazić przez amfibrachys (*v — v*), rzadziéj przez anapajstos (*v v* —). Słyszeć go można po nad całém sercem. Jestto objaw dość częsty, występujący równocześnie ze znaczném i niebezpieczném osłabieniem serca, znaczenie jego zatém groźne. Występuje tak w chorobach ostrych, jako i przewlekłych. Serce bywa przytém albo powiększone, jak np. w przewlekłém zapaleniu nerek, lub też, co częstsza, nie okazuje żadnych zmian anatomicznych. Z chorób ostrych rytm galopujący pojawia się najczęściéj w durze brzusznym i zapaleniu płuc włókniakowém, z przewlekłych zaś przedewszystkiém zwykł towarzyszyć chorobom nerek. Że jest objawem osłabienia serca, dowodzi okoliczność, iż ustępuje pod wpływem leków podniecających. F. nie umie wytłumaczyć, w jaki sposób powstaje ten objaw przysłuchowy, oraz dla czego występuje w stosunkowo rzadkich tylko przypadkach osłabienia sercowego. Dr. Glax przypomina w tym względzie doświadczenia b. prof. Koernera, według których w czasie rozkurczu serca nitki ścięgniste napinają się i sądzi, że przez niejednostajne ich napinanie się w osłabieniu serca mogą powstawać podwójne tony rozkurczowe. (*Ztschrft. f. kl. Med.* III t.).

Dr. Smoleński (Jaworze).

Litten: O związku zachodzącym między chorobami wątroby a zmianami siatkówkowemi. (Odczyt na posiedz. Tow. med. wew. w Berlinie 20 Lutego b. r.).

Na podstawie dziesięcioletniego doświadczenia twierdzi L., że zmiany siatkówkowe w chorobach wątroby są bardzo częste, i że nigdy nie trzeba zaniedbywać w takich razach badania wziernikiem ocznym. Zmiany siatkówkowe odnośne bywają trojakie: Wynaczynienia, ogniska zapalne, a wreszcie barwikowe zap. siatkówki. Co do pierwszego szeregu zmian to mogą takowe służyć za dowód prawdziwości twierdzenia, że w ogóle krwawienie wśród chorób wątroby jest złą wróżbą. Daléj L. zwraca uwagę na to, że wynaczynionki na siatkówce wśród chorób wątroby występują tylko w razach pojawienia się żółtaczki i z nasileniem tejże się wzmagają. Krwotoki te jednakowoż nie są wcale specyficzne „a w 7 sekcyjach równocześnie wykazano krwotoki w narządach wewnętrznych, a mianowicie na błonach surowiczych“. (Z naszéj strony możemy na poparcie twierdzenia tego przytoczyć tę okoliczność, że w rozległéj silniejszéj nieco żółtaczce prawie zawsze mogliśmy wykryć zmiany na oponie twardéj w postaci świeżéj *Pachymeningitis haemorrhagica int.* Przy skrzętném a ostrożném szukaniu tylko rzadko doznawaliśmy zawodu. Sprawozd.).

Drugi poczet zmian siatkówkowych stanowią białe plamy (*Plaques*) na siatkówce, które Litten uważa za „ogniska stłuszczone z zapaleniem przybrzeżném“ (*verfettete Herde mit marginaler Entzündung*). Co do tych zmian obserwacyje Littena są zbyt nieliczne, a może i nie długo trwające, jak sądzimy, iżby im przypisać można większe znaczenie.

Co do trzeciéj grupy zmian to widział je autor dwa razy w marskości wątroby. Zwyrodnienie barwikowe zdaniem L., jest wynikiem pierwotnego schorzenia naczyń, które stają się węższe skutkiem zgrubienia warstwy zewnętrznéj; w następstwie dopiero rozwija się zanik siatkówki „nasiąkłéj barwikiem“. Pochodzenie barwika może być dwojakie: albo z wynaczynionek albo też z warstwy barwikowéj naczyniówki. Na pytanie, czy istnieje związek pomiędzy marskością wątroby a typowém zwyrodnieniem siatkówki, odpowiada L. przecząco, uznając tylko dziedziczną lub nabytą wątłość tkanki łącznéj. Wszelkie zboczenia w odżywieniu sprzyjają owym zmianom, przyspieszając ich zjawienie się.

Dr. Pisek.

Mosetig-Moorhof: W sprawie zatrucia jodoformowego.

Autor słysząc i czytając tak wiele o zatruciach jodoformowych, w ostatnich czasach ogłaszanych, sam sobie zadaje pytanie, dla czego on twórca tego sposobu oprawy ran a więc używający go najdłużéj, bo już od lat czterech, dotąd nie miał sposobności postrzegania ani jednego przypadku zatrucia i to w obec znacznego materyjału chirurgicznego, bo 3.000 stałych i 4.000 przychodnich chorych w ciągu jednego roku opatrywanych wyłącznie tylko jodoformem.

Odpowiedź tę sformułował on w następujacych 5ciu punktach: 1) że on nigdy nie używa wielkich ilości jodoformu;

2) że rana zajodoformowana nigdy nie bywa narażoną na znaczniejszy ucisk; 3) że oprawy bardzo rzadko zmieniano; 4) że przy zmianie nigdy się ran nie opłukuje, co wessanie tylko ułatwia i 5) że używa on od samego początku zawsze samego jodoformu bez dodatku jakiegokolwiek innego środka antyseptycznego. Główny nacisk kładzie M. na ten ostatni punkt a mianowicie na unikanie równoczesnego używania kw. karbolowego. Według niego wolny jod łączy się z alkalijami we krwi i odchodzi z moczem; jeżeli zaś równocześnie karbolizujemy ranę, natenczas powstać może, jak to powszechnie wiadomo, tak zwana *nephritis carbolica*, objawiająca się ciemnym moczem, która sprawia, iż ów jod ze krwi przez nerki wydzielić się nie może. Pokrótce przytacza kilka wybitniejszych, dotąd ogłoszonych przypadków zatrucia jodoformowego, w których znachodzi, że mocz zawierał karbol a nie zawierał jodu. Ztąd rada, aby ran, które mają być jodoformowane, nie wymywać karbolem, ani używać na nie gazy karbolowéj; co najwięcéj można użyć karbolu do czyszczenia gąbek, narzędzi i rąk. *(Centralblatt f. Chirurgie N. 11).* *A. O.*

Wiadomości pomniejsze.

(L. K.) **Pajęczyna jako antiperiodicum.** Na podstawie własnych, jako też obcych doświadczeń (ogółem w 93 przypadkach) przypisuje Oliva własności lecznicze pajęczynie w zimnicach. Wydzielina pajęcza podana dwa razy dziennie w ilości 2 gramów dorosłym, jednego zaś grama dzieciom, wystarcza zdaniem O. do usunięcia zimnicy tak codziennéj jak i trzeciaczki. Nawrotów choroby ani razu nie widziano. Lek ten ma jeszcze tę zaletę, że jest bez smaku. *(Allg. med. C. Ztg.* Nr. 15).

(L. K.) **Zagęszczone piwo** przyrządza w wielkiéj ilości „Condensed Beer Company" w Londynie. Zagęszczanie piwa odbywa się podobnie jak zagęszczanie mleka. Piwo odparowuje się w odpowiednich przyrządach do 6téj lub 8éj części użytéj ilości, a następnie dodaje się taką ilość wyskoku, jaką piwo przy parowaniu utraciło. Tym sposobem zapobiega się zarazem psuciu się piwa. Tak przyrządzone piwo, zamknięte w naczyniach hermetycznych, rozchodzi się już po wszystkich krajach Ameryki. *(Apoth. Ztg.* Nr. 40, 1881).

(L. K.) Prof. Thiersch (w Lipsku) podaje następujący dogodny sposób usypiania przy operacyjach. Przed wdechiwaniem chloroformu chory otrzymuje dawkę odpowiednią morfinu podskórnie. Thiersch zastrzykuje zwykle: nałogowym pijakom 3 do 6 cgm. morfinu, mężczyznom 3 cgm., kobietom 15 mgm., dzieciom 5 do 10 mgm. W 5 do 7 minut po injekcyi chloroformuje się pacyjenta, ale słabo, najlepiéj za pomocą przyrządu Iunckera. Skoro wystąpi *stadium excitationis*, należy już ostrożnie chloroformować. Gdy pacyjent uskarża się na ból, należy znów trochę więcéj podać chloroformu. Tym sposobem Thiersch otrzymywał stan, który nazywa analgesią, t. j. chory nieczuł bólu, lecz pobudliwość odruchowa była utrzymaną. Przytém chory nie tracił zupełnie przytomności. Było można z nim mówić, na żądanie kaszlał, odpluwał, przy uretrotomii zewnętrznéj parł tak, że o wiele łatwiéj było można znaleźć środkowy koniec cewki. *(Sitzungsberichte der mediz. Gesellschaft zu Leipzig,* 1881.— *Allg. med. C. Ztg.*, Nr. 13, 1882).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja lekarska Tow. Przyj. Nauk Pozn.

Sprawozdanie 3 posiedzenia dnia 2 Lutego rb.

Przewodniczący w zastępstwie kol. Mateckiego kol. Jarnatowski.

Sprawozdanie z ostatniego posiedzenia przeczytano i przyjęto. Sekretarz zdaje sprawę z czynności Wydziału z roku zeszłego, poczém koł. Kaczorowski mówi o interesującym przypadku złamania karku.

Mężczyzna, lat 65, w pijanym stanie śpiąc na wysokim wozie, skutkiem nagłego stoczenia się jednego koła w dół, zrzucony został głową naprzód na bruk. Ubezwładnionego całkiem przywieziono w nocy do szpitala miejskiego, gdzie w zastępstwie drugiego lekarza zakładu K. zastał stan następujący: Silnie zbudowany człowiek, dosyć przytomny, jakkolwiek znać jeszcze lekkie zamglenie umysłu od wódki, na nic nie narzeka, jeno woła ustawicznie: „gdzie moje ręce, gdzie moje nogi, czy ja mam jeszcze ręce i nogi?" Wyjąwszy ruchy twarzy i poruszenie głowy naokoło osi pionowéj, wszelkie dowolne ruchy oraz i czucie wszelakiéj jakości od dołu do twarzy zniesione. Wszelkie odruchy ustały, jedynie prącie ustawicznie lekko wzwiedzione. Prąd elektryczny przerywany żadnego czucia, tylko kurcze w mięśniach wywołuje. W twarzy żadnych objawów porażenia, źrenice prawidłowo oddziaływają. Głowę obraca chory naokoło szyi bez bólu, naprzód zaś albo w tył poruszyć jéj nie zdoła, bierne zaś w ostatnich kierunkach wykonywane ruchy sprawiają mu ból znaczny. Na skórze nie znać żadnych obrażeń. Przy obmacywaniu szyi tak z przodu jak z tyłu okolica odpowiadająca 4mu kręgowi szyjnemu bardzo okazuje się bolesną, skrzypienia jednak przy poruszaniu dosyć oględném wyczuć nie można. Tętno pełne, przeszło 80 w minucie, oddechów równych przy udziale żeber i przepony około 20. Zwieracze zamknięte.

W rozpoznaniu nie można było jak przypuszczać złamanie kości pacierzowych, prawdopodobnie 4go kręgu, z zupełnem uciśnięciem rdzenia pacierzowego. Nazajutrz te same mniéj więcéj objawy; przepełniony pęcherz trzeba było cewnikiem wypróżnić, *erectio penis* ciągła. Pod wieczór tętno zaczęło się stawać nieregularném, coraz słabszém, tak samo oddychanie, krótko przed zgonem, w dłuższych przerwach odbywające się. Śmierć nastąpiła w 20 godzin po przypadku. Oględziny pośmiertne przez sąd sporządzone wykryły złamanie prawego łuku atlasu, ukośnych wyrostków czwartego i piątego kręgu szyjnego po lewéj stronie i poprzeczne złamanie ciała czwartego kręgu szyjnego, tak że cienkim zgłębnikiem można było wejść do kanału pacierzowego. Z owéj szczeliny sączyła się krew, któréj skrzepy zalegały całą przednią powierzchnią kręgosłupa szyjnego, płynne zaś części dostały się do prawéj jamy opłucnowéj, w ilości co najmniéj kilogramu. Rdzeń pacierzowy w miejscu złamania kości pacierzowéj rozmiażdżony, opony mocno krwią przesiąkłe.

Następnie mówi referent o używanym przez siebie winianie chinolinu w zimnicach i poleca środek ten kolegom do dalszych doświadczeń. Zdaniem jego zyska sobie chinolin w krótkim już czasie tak dla własności swych przeciwzimniczych jak dla taniości preparatu prawo obywatelstwa w medycynie.

W zastępstwie sekretarza *Dr. Święcicki.*

V. Szkice położnicze ze Wschodu.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

Raz jednak powołany, lekarz w Turcyi nie zaraz może przystąpić do spełnienia swego zadania. Najprzód bowiem bywa pozostawiony w pokoju przylegającym do buduaru choréj, gdzie prócz wygodnéj sofy, cygaretek i kawy nic więcéj nie znajdując, musi uzbroić się w całą cierpliwość i zimną krew, i czekać spokojnie, dopóki domowi nie zechcą korzystać z jego obecności. W przypadkach prawidłowych

najczęściéj pomoc lekarska ogranicza się do tego wyczekiwania. W razach przeciwnych, gdy już akuszerka wyczerpie wszystkie swe zasoby, wtedy dopiero kotary buduaru otwierają się przed znudzonym lekarzem, pozwalając mu przeniknąć do przybytku, niedostępnego dla zwykłych grzeszników. Jakżeż jednak często przybycie rozsądnéj pomocy bywa zapóźném; jak wiele przypadków kończy się nieszczęśliwie! Najczęściéj zaś zdarza się w domach tureckich, gdzie każdy jęk choréj, każda kropla krwi straconéj wszystkich otaczających wprowadza w największy nieład, a opóźnianie zauważane w postępie sprawy porodowéj wzbudza domniemanie grożącego niebezpieczeństwa. I wtedy to zaledwie dla zapobieżenia złemu pośrednictwo lekarza zaczyna być uważaném za konieczne. Na nieszczęście jednak rola niosącego pomoc zaraz na wstępie bywa sparaliżowaną. Nie wolno mu bowiem przekonać się o stanie ciąży, o chwili rozpoczętego porodu, słowem, nie wolno badać kobiety, mianowicie rodzącéj po raz pierwszy, têm mniéj jeszcze, jeżeli lekarz jest dość młodym. Jednakże przy cierpliwości, ostrożności i zastósowaniu pewnych zręcznych wybiegów, niepodobieństwo da się usunąć, i do zbadania kobiety można będzie przystąpić. Nie należy tylko podobnie jak niektórzy koledzy praktykujący w Turcyi nosić się z całym arsenałem położniczych przyrządów. Zabrać to tylko, co się da łatwo ukryć, nie zapominając jednak i o większych narzędziach, które jednak przy wejściu do pokoju choréj wypada pozostawić na uboczu. Kobiety wschodnie są zwykle bardzo trwożliwe i nic tak ich nie przeraża, jak np. para kleszczy, które pewni lekarze pozwalają sobie nosić jeżeli już nie w ręku, to z pewnością w kieszeni od paletota! Na prawdę, widok to nie zbyt powabny. W badaniu samém należy postępować oględnie, a w wypytywaniu się o stanie choréj i czasie jéj cierpień największą wypada zachować delikatność. I żleby bardzo postąpił ten lekarz, któryby swą naukową powagą chciał dominować nad przesądną zarozumiałością otaczających chorą. Usunąć z pokoju położnicy krewnych i domowników jest tu rzeczą nie podobną. Obecność ich bowiem jest uważaną za niezbędną dla dodania odwagi i uspokojenia kobiety. Przystępując wreszcie do samego badania położnicy to jeszcze wypada mi zacytować, że kobiety w Turcyi prędzéj się poddają badaniu z wziernikiem, aniżeli badaniu przez pochwę dotykiem. Rzecz to prawie nie do uwierzenia, a jednak tak jest. Kobiety głównie, które przebyły cierpienia macicy, zgadzają się z wielką łatwością na wprowadzenie wziernika, podczas gdy na dotyk palcem nigdy nie pozwalają! Ztąd więc ostatni ten sposób najczęściéj musi być zaniechanym i uciekać się doń można tylko w razach bardzo wyjątkowych. W jego zaś zastosowaniu wypada zachować największą oględność, i nie narażać kobietę na nieprzyjemne wrażenie, mogące opóźnić postęp sprawy porodowéj. Zarówno téż przy omacywaniu jamy brzusznéj, przy wysłuchu i wypuku, należy zachować pewne formalności, zależące głównie na nieodkrywaniu części rodnych i na poprzedniém uwiadomieniu choréj. Nie mniéj téż w wypytywaniu się o jéj stan wyrazami technicznemi wypada zachować pewną względność, potrzebę zaś samego badania oprzeć na konieczności dowiedzenia się o pozycyi płodu. Rzecz to bowiem znana, że kobiety w ostatnim okresie ciąży, a têmbardziéj z chwilą zbliżającego się porodu, zgadzają się na wszystko, co tylko dotyczy samego płodu. Tak postępując, z pewnością przezwycięża się wstręt i upór, choćby nawet najbardziéj trwożliwéj mieszkanki haremów.

Nie zależnie od tych wskazań, w domach rodzin, mianowicie tureckich, spotykamy się z innym szczegółem nie mniéj ważnym w czasie samego porodu. Są to łóżka przygotowywane w sposób prawdziwie pierwotny. O zwykłych łóżkach, lub o tak zwanych „*Lit de misère*“, i mowy być tu nie może. Używanie tylko krzesła, (a zatém poród w pozycyi siedzącéj), bywa niekiedy praktykowaném w kolach bardziéj postępowych. Pospolicie zaś, parę szerokich i dobrze wypełnionych materacy z wielką ilością poduszek i poduszeczek, układa się w środku stancyi na ziemi, i kobietę dotąd pozostającą na sofie przeprowadza się na tak przygotowane łoże, okrywa się obszerną i ciężką kołdrą, na tę ostatnią narzuca się jedwabne okrycie, i potém całe grono krewnych i kumoszek obsiada do koła materac, paląc cygarety, częstując się od czasu do czasu filiżankami kawy, ciągle przygotowywanéj na żarze węglowym w pobliżu znajdującym się, czekając z całą wschodnią cierpliwością na rezultat ich opieki i pieczołowitości. Ogólna apatyja ustaje dopiero wtedy, gdy położnica uczuje pierwsze bóle. W jednéj chwili wszystko się zrywa, zaczyna biegać, wychodzić, przygotowywać gorące napoje, w liczbie których pierwszą rolę odgrywa winny napar z łupinek owocu pistacyj, a cała ta usługa odbywa się z taką wrzawą, że jęki choréj nie zdołają jéj podołać. Rzecz prosta, że przy tak ruchliwém otoczeniu nie podobna wymagać, ażeby położnica zachowała się spokojnie. Ciągłe bowiem pojenie jéj gorącym naparem, nieustająca wrzawa, zbyt wysoka ciepłota pokoju, do tego stopnia ją nużą, że w istocie tylko siłom natury wypada przypisać szczęśliwe zejście porodu. W obec takiéj sytuacyi przywołany lekarz pozostaje zawsze prawie biernym tylko widzem. O stawieniu się płodu bywa się zwykle poinformowanym przez jednę ze starszych matron. I tylko w razie nieprawidłowéj pozycyi pośrednictwo lekarza bywa uwzględnioném; lecz najczęściéj, dzięki gadatliwości otaczających, niesienie stósownéj pomocy bywa opóźnioném. Przekonać zaś wrzaskliwe grono o potrzebie szybkiego działania, to rzecz nie podobna. Wypada więc czekać, dopóki wszystkie tradycyjne przepisy nie zostaną wykonane, i działać dopiero wtedy, gdy cała sprawa groźną przybierze postać. Gdy wreszcie uchwycimy stosowną chwilę do odpowiedniego działania, to tutaj znowu płynące ze wszech stron zapytania, dotyczące głównie płci płodu, nową stwarzają trudność. Odpowiedzieć zaś tym natrętnym i dziwacznym żądaniom wypada koniecznie. Tutaj téż wolno lekarzowi rozwinąć całą swą fantazyję, choć wié, jak sama kwestyja jest kłopotliwą a na zadecydowanie jéj nie posiadamy żadnych pozytywnych danych. Pomimo to jednak, ponieważ sama kwestyja jest małego znaczenia, dla zadowolenia więc ciekawości rodziny, a mianowicie saméj matki, można się odważyć na wydanie zdania i udać, że się odgadło płeć płodu. Ciekawość otaczających nie ma wtedy granic. Każdy z nich wypowiada swe domniemania, têm samêm ułatwiając rolę lekarza, którego zakłopotanie zmniejsza się znacznie od chwili dowiedzenia się o życzeniach rodziców i krewnych. Tymczasem czyniąc przypuszczenia, zadowalając ciekawość otaczających, obowiązany jest lekarz, według zwyczajów, nieszczędzić słów podnoszących odwagę położnicy, zapewniać, że cierpienia jéj zostaną wkrótce uwieńczone pożądanym skutkiem, i wreszcie oddziaływać na stronę moralną kobiety. Po dokonaném wreszcie zbadaniu, jeżeli tylko przekonamy się o prawidłowém stawieniu się płodu, nie należy długo pozostawać w obec położnicy, ponieważ praktyczne wschodnie matrony nie znoszą wtedy obecności

lekarza. I gdy tylko odpłyną wody płodowe, położnica bywa zmuszaną do chwycenia się rękoma za kolana, kumoszki zaczynają nucić dość monotonne piosenki, które towarzysząc usiłowaniom choréj sprzyjają jakoby wydaleniu płodu! A gdy wreszcie nowy obywatel ujrzy światło dzienne, kumoszki zwykłą bawełnianą nicią co rychléj podwiązują pępowinę, odłączają go od matki i biorą go w wyłączną swoją opiekę. Noworodek bywa najprzód oblany tym samym winnym naparem, jakim częstowano położnicę, głowę jego uciskają we wszystkich kierunkach ręce przytomnych krewnych; do jamy ustnéj wkłada się trochę sproszkowanego cukru, zmięszanego z pewną ilości soli, i dopiero po przeprowadzeniu tych wszystkich zabobonnych procedur daje się dziecinie pierwszą letnią kąpiel. Po téj zaś, namazany białkiem zmieszaném z mastyką, młody dziedzic wraca, aby się ogrzać przy boku matki. Pępowina, jeżeli przypadkiem została dobrze podwiązaną, skręca się w kłębek, obsypuje się proszkiem złożonym z liści orzechowych i mastyki i okrywa się opaską nie płócienną a tylko jedwabną i to bezwarunkowo kolorową. Całe to postępowanie jest nadzwyczaj mozolném, kosztującém wiele czasu i bardzo łatwo narażającém na przeziębienie. Gdy się zwraca na to uwagę, otaczający zwykli odpowiadać wersetem z koranu: że płód w ciągu dziewięciu miesięcy dość wypoczął w łonie matki, teraz więc nic mu nie zaszkodzi trochę pocierpieć, to go wzmocni i zahartuje.

(Dokończenie nastąpi).

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(K.) W Gocie odbyło się 11 lutego 69te spalenie zwłok. Tym razem odbyło się spalenie zwłok córki profesora Pettenkofera, pani Riedinger z Augsburga.

(K.) **Berlin.** Prof. Leyden rozesłał do wszystkich niemieckich klinik, szpitali większych, stowarzyszeń lekarskich i znakomitości na polu medycyny wewnętrznéj pismo wzywające do utworzenia stowarzyszenia klinicystów niemieckich, na wzór takiegoż stowarzyszenia chirurgów. Stowarzyszenie ma co rok odbywać Zjazd, kongres klinicystów niemieckich, na którym mają być rozbierane najważniejsze kwestyje z zakresu medycyny wewnętrznéj. Wezwaniu prof. Leydena stało się zadość. Nowe stowarzyszenie klinicystów niemieckich ma odbyć w tym roku Zjazd w sierpniu lub we wrześniu. Na miejsce Zjazdu wybrano Wiesbaden.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 22 marca. Otrzymaliśmy od redakcyi Časopisu lek. česk. zawiadomienie, że pożądaném jest, aby na Wystawie równocześnie ze Zjazdem lek. czeskich odbyć się mającéj w Pradze reprezentowaném było i piśmiennictwo lekarskie polskie. Przełożony Wystawy Dr. A. Frič zajmie się uporządkowaniem zbioru publikacyj polskich, i w tym celu osobne miejsce przeznaczy. Broszury nie znajdujące się w handlu księgarskim autorowie mogą przesłać wprost na ręce Dra Karola Chodounskiego (Praha-Smichov).

Pospieszamy z udzieleniem téj wiadomości w nadziei, że szan. koledzy uczynią zadosyć życzeniu wyżéj wyrażonemu.

* Dowiadujemy się z przyjemnością, że znów dwóch lekarzy Polaków, wychowańców szkoły krakowskiéj, osiedliło się w Szląsku austryjackim: Dr. Józef Tarchalski w Cieszynie a Dr. Bolesław Józefczyk w Ustroniu.

* Otrzymaliśmy Sprawozdanie z czynności Towarzystwa lekarskiego akademików Polaków we Wrocławiu za półrocze zimowe 1881—1882 r. następującéj treści:

Kiedy dla coraz bardziéj wzmagającego się zastępu uczniów medycyny Polaków we Wrocławiu zawiązaliśmy przed 2½ r. Towarzystwo lek., główném naszém staraniem było zaznajamianie się ze słownictwem lekarskiém polskiém, którego brak każdemu na obcéj wszechnicy kształcącemu się uczuwać się daje. Wszelkiemi téż siłami dążyliśmy jak w innych półroczach tak i w obecném do pozyskania tych wszystkich środków, które do osiągnięcia celu naszego służyćby mogły. I tak na pierwszém miejscu zaznaczyć tu nam wypada, że w ciągu tego półrocza „Stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł polskich lekarskich w Krakowie“ przyjęło nas do grona swego jako członka. Równocześnie uzyskaliśmy wszystkie dzieła nakładem Stowarzyszenia pomienionego wydane i to bezpłatnie: 1) Dra Rothego Psychopatologija Forensis, 2) prof. Dra Jurasza Laryngoskopiję, 3) Dra Widmanna Choroby tętnic i serca, 4) Dra Jordana Naukę położnictwa, 5) Dra Steinera Choroby dzieci (przekład z niemieckiego); prócz tego przyrzeczono nam Syfilidologiję Dra Krówczyńskiego, wkrótce wyjść mającą. Tak wielkie wynikające ztąd korzyści, które do rozwoju Towarzystwa naszego znacznie się przyczyniają, zawdzięczamy Wiel. Panu prof. Dr. Korczyńskiemu; on to głównie zajął się gorąco sprawą naszą i nam tak przyjęcie do Stowarzyszenia jak i uzyskanie bezpłatne dzieł wyjednał; dla tego jemu jako dobroczyńcy na tém miejscu składamy jak najserdeczniejsze podziękowanie. Biblijoteka nasza, lubo przez dar krakowski znacznie powiększona, nie wystarczała jednak zawsze kolegom do wykładów i sprawozdań, dla tego Wny Pan Dr. Kazimierz Chłapowski we Wrocławiu ofiarował nam swą biblijotekę lekarską do użytku; jemu więc za ten dowód życzliwości również serdecznie dziękujemy. Posiedzeń odbyło Towarzystwo w tém półroczu ośm, z tych siedm zwyczajnych a jedno nadzwyczajne, na którém wybory zarządu na przyszłe półrocze letnie się odbyły. Na posiedzeniach tych czytali prace: 1) Kol. Osuszkiewicz „Objawy fizyjologiczne w tkance mięsnéj;“ 2) kol. Ustymowicz „Histologija nabłoniaków;“ 3) kol. Dziembowski „Fizyjologija czucia;“ 4) kol. Kapelski „Anomalije oka ze względu fizyjologicznego;“ 5) kol. Perliński „Mechanizm oddechania;“ 6) kol. Rostek „O niektórych zarzutach medycynie czynionych;“ 7) kol. Miłkowski „Rozmnażanie się komórek zwierzęcych przez dzielenie.“— Nadto na każdém posiedzeniu zdawano sprawę z anatomii opisowéj mianowicie z nauki o wnętrznościach, gdzie głównie o dobraną chodziło terminologiję polską. Tak nad wykładami jak i nad referatami zaraz na miejscu toczyła się dyskusyja. — Z pism lekarskich odbierało Towarzystwo: 1) Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego bezpłatnie, za pół ceny zaś: 2) Medycynę z Warszawy; 3) Kronikę Lekarską z Warszawy. 4) Przegląd Lekarski z Krakowa (za zwrotem opłaty pocztowéj) — Uchwalono nadto zaabonowanie 5) Gazety Lekarskiéj z Warszawy. — Odnośnym redakcyjom składamy niniejszém za obniżenie ceny podziękowanie. Stan kasy: Dochodu było: 56.60 m. Rozchodu: 32.70 m. Pozostaje 32.90 m.

* Koledzy w Wielkopolsce zamierzali swego czasu urządzić Stowarzyszenie, ażeby pomiędzy sobą zachowywać i krzewić rzetelne koleżeństwo, a w obec publiczności zapewnić zawodowi lekarskiemu należną powagę i godność Wybrano komisyję, ułożono nawet statut, lecz od niejakiego czasu sprawa cała przycichła i nic o niéj nie słychać.

(K.) W Budapeszcie osiedliła się lekarka hr. Wilma Hugonai. Ma ona lat 34, jest od r. 1865 zamężną. Studyja medyczne rozpoczęła w r. 1872 w Zurychu. W r. 1877 została drugim asystentem w klinice chirurgicznéj prof. Rosego. Doktorską rozprawę ogłosiła pod tytułem: *Uiber die ersten 100 Croup-Operationen in Zürich.* Po dwumiesięcznym pobycie w Peszcie uzyskała potwierdzenie jako akuszerka, uczęszczała następnie na uniwersytet w Peszcie, zdała maturę, a wkrótce ma otrzymać potwierdzenie tytułu doktora, o co czyni usilne starania.

* **Rzym.** Temi dniami umarł Jan Lanza znakomity mąż stanu i patryjota włoski, przyjaciel zmarłego króla Wiktora Emanuela; był on w r. 1855 ministrem oświaty, w r. 1858 ministrem skarbu w Piemoncie, w r. 1864 i 1869 ministrem spraw wewnętrznych król. włoskiego, a w r. 1867 prezesem parlamentu. Umarł on biednym, a przed śmiercią w skromném pomieszkaniu, które zapewne nigdy więcéj króla nie zobaczy, otrzymał wizytę króla Humberta. Lanza był już nieprzytomny, jednak po serdecznem przemówieniu króla: „a więc już mnie nie poznajesz, to ja, syn Twego przyjaciela Wiktora Emanuela“, otworzył oczy

i wymówił ostatnie słowa: „królu mój“. Jan Lanza urodził się w r. 1815, był doktorem medycyny i wykonywał praktykę w mieście rodzinném Vignole w Piemoncie.

* **Londyn.** D. 8 bm. skazany został przez trybunał przysięgłych na śmierć 29-letni chirurg Jerzy Henryk Lamson za otrucie akonitynem 19-letniego szwagra swego, kaleki porażonego, po śmierci którego spodziewał się odziedziczyć sumę 15.000 zła. Obrona zarzuciła chemikom Drom Stevensonowi i Dupré, że alkaloid przez nich wykryty był ptomainem; zarzut ten atoli był nieuzasadnionym, ponieważ sekcyję wykonano na zwłokach świeżych,a nadto i w wymiocinach, w wyskoku przechowanych, również akonityn znaleziono. (*The Lancet*).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Graz.** Nadzw. prof. w Wiedniu Dr. Emil Zukerkandl mianowany został zwyczajnym profesorem anatomii opisowéj. — **Insbruk.** Prof. chemii lekarskiéj Dr. Löbisch otrzymał krzyż kawalerski orderu korony włoskiéj. — **Rostok.** Prof. Madelung w Bonnie zamianowany został prof. chirurgii w miejsce Trendelenburga. — **Budapeszt.** Dr. Julijan Döllinger habilitował się jako docent ortopedyi.

* **Wiedeń.** Zmarłego prof. Ducheka zastępować będzie b. jego asystent Dr. Kretschy.

* **Nekrologija.** Zmarli Dr. Wojciech Lewandowski w powiecie Bracławskim i Dr. Michał Żabczyński w gub. mińskiéj.

We Wiedniu umarł prof. Wincenty Kletzinsky, znany chemik sądowy, profesor w szkole realnéj we Wiedniu, licząc lat 56.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 10: Florkiewicza: Spostrzeżenia z praktyki prywatnéj i szpitalnéj. I. Rak pierwotny całego płuca (dok.); w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 11: Sokołowskiego: O kile płucowéj.

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. SCHOELER (w Berlinie): Jahresbericht über die Wirksamkeit der Augenklinik, Berlin 1882, in 8vo str. 92.

Dr. ANJEL w Zuckmantlu: Sprawozdanie roczne Zakładu wodoleczniczego, Zuckmantel 1882, in 12o str. 14.

Zapraszam uprzejmie Szanownych Członków Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lekarskich na Zgromadzenie ogólne, które odbędzie się w Piątek dnia 31go b. m. o godz. 5téj popoł. w Sali Akademii Umiejętności. Na porządku dziennym: 1. Sprawozdanie z roku ubiegłego. — 2. Wybór Wydziału. 3. Zmiana statutu.

Prof. Dr. Korczyński.
Prezes Stowarzyszenia.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. T. w Warszawie: List szan. kolegi za późno nadszedł, aby mógł być pomieszczony w numerze niniejszym.

Sprostowanie. W Nrze 10 Przegl. Lek. na str. 122 w szpalcie 1széj w wierszu 6tym od dołu zam. do tykania, ma być „do łykania.“ W Nrze 11 na str. 137 w szp. 1széj w wierszu 17 od dołu zam. natężające ma być „zwężające;“ w szp. 2giéj w wierszu 16 od góry zam. więzadło ma być „więzadła“.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

SANTAŁ MIDY

Aptékarza pierwszéj klasy w Paryżu.

Olejek santałowy jest używany z powodzeniem zamiast balsamu kopajowego i kubeb.

Jest on nieszkodliwy nawet w wielkiéj dawce.—Użycie jego sprawia już po 48 godzinach, zupełne ulżenie, wypływ zamienia się na sérowate sączenie, bez względu na barwę i obfitość wydzielin.

Użycie jego nie sprawia ani niestrawności ani odbijania się ani rozwolnienia. Mocz nie przybiera żadnéj woni,

SANTAŁ MIDY jest chemicznie czysty; wydaje się w kształcie kapsułek i zażywa się w ilości 10 do 12 kapsułek przez dzień, zmniejszając liczbę stopniowo w miarę zmniejszania się wydzielin.

Składy: Midy aptékarz w Paryżu 113 Faubourg Saint-Honoré; w aptéce Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptéce Piotra Mikolasza; w Warszawie u Spiessa i Synów, Gallego i u Mrozowskiego.

WINA lecznicze

WYROBU

Dra KAROLA MIKOLASCHA we Lwowie.

Spowodowany znacznym odbytem niektórych win leczniczych z zagranicy, mianowicie z Francyi, pochodzących, o których za pomocą badań i rozbiorów chemicznych przekonałem się, że bądź bardzo mało, bądź też nawet wcale nic nie zawiérają tych ciał leczniczych, które w oznaczonéj ilości zawierać powinny, postanowiłem wyrabiać wina te, a oddawszy się nad tą kwestyją szérokim studyjom i przez rok prawie trwającym badaniom i próbom, przezwyciężyłem wreszcie wszystkie trudności i wynalazłszy jeszcze wino, jako podstawa do tych przetworów wybornie się nadające, polecam wyroby te ze wszech miar doskonałe, mianowicie:

WINO chinowe. Prawdziwy wyciąg z trzech gatunków kory chinowéj, t. j. brunatnéj, czerwonéj i królewskiéj, przyrządzony za pomocą sposobu wypierania *(methode de deplacement)*. Dla rekonwalescentów po słabościach wycieńczonych, nerwowych, przeciw febrom, gastralgiom i t. p.

WINO chinowo-żelaziste. Wyciąg powyższy zaprawiony połączeniem żelezistém nieoszacowanéj jakości, ponieważ jest prawie bez smaku i bardzo łatwo przez ustrój ludzki przyswojony bywa. Tam gdzie chodzi o usunięcie chorób z braku lub nieprawidłowéj jakości krwi pochodzących, nadzwyczaj skuteczne i przez wszystkich niemal lekarzy przepisywane.

WINO pepsinowe. Użycie tego wina jest bardzo rozpowszechnione. Służy ono dla słabych, którzy sami nie wydzielają w żołądku dostatecznéj ilości fermentu dla strawienia spożytych pokarmów, białko w różnych postaciach zawierających, także jednak dla zdrowych, którzy często i dużo jeść i pić lubią, ponieważ używając tego wina przy swoich sympozyjach, prędko trawią i częściéj nałogowi swemu oddawać się mogą.

WINO peptonowe. Pokarm płynny, który wchodzi w ustrój ludzki prawie bez pomocy żołądka. Wino samo przez się jest takim pokarmem, pepton zaś jest sztucznie strawionêm mięsem. Te dwa środki połączone stanowią więc całość niezrównaną pod względem odżywiania ustroju wycieńczonego i wcale nie lub źle trawiącego.

WINO rumbarbarowe. Lekospis austryjacki żąda Malagi jako podstawy do wina Darellego. Moje wino rumbarbarowe sporządzam na winie hiszpańskiém, lekszém od Malagi i bez dodatku kardamonu i skór pomarańczowych. Doskonały środek, osobliwie dla niewiast i dzieci w razach kataru żołądkowego lub kiszek. Jest ono o połowę tańsze jak wino Darellego.

Do każdéj flaszki win powyższych dołączona jest broszura, omawiająca własności tychże i zawierająca świadectwo **Dra Br. Radziszewskiego**, profesora chemii w Uniwersytecie, który moje wina badał i jakość tychże sprawdził.

Butelka mieszcząca $^1/_4$ litra, któregokolwiek z wyżwymienionych win leczniczych, kosztuje **1 złr. 50 ct. w. a.**

Za opakowanie i stempel liczę **20 ct. od jednéj, 30 ct. od 2ch, 35 ct. od 3ch, 50 ct. od 6ciu, a 80 ct. od tuzina** buteleczek.

Skład we LWOWIE w aptece pod „Gwiazdą“.
„ **w KRAKOWIE** „ **Wgo F. Gralewskiego.**
„ **generalny w WIEDNIU** dla **Austryi** i dla **państw ościennych** u p. **Wilhelma Maagera** III Heumarkt Nr. 3.

Dr. Karol Mikolasch
właściciel apteki pod „Gwiazdą“ we LWOWIE
FIRMA: **Piotr Mikolasch.**

SYROP z CHINĄ i ŻELAZEM

z pyrofosforanem żelaza i sody Grimaulta

APTÉKARZA W PARYŻU.

Syrop ten jest jasny, czysty, przyjemnego smaku; tak dzieci jak i dorośli zażywają go z przyjemnością; jedna łyżka stołowa zawiera 20 centigramów żelaza i sody i 0,10 wyciągu chinowego.

Składy: 8 Rue Vivienne w Paryżu; w aptéce Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptéce Piotra Mikolasza; w Warszawie u Spiessa i Synów, Gallego i u Mrozowskiego.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	" 4 " 40 "	" " " " 3 "	" 8 "	" 12 "
Kwartalnie	" 2 " 20 "	" " " " 1½ "	" 4 "	" 6 "

Kraków, 1 kwietnia 1882. **№ 13.** Rok XXI.

I. O śródbłoniakach i ich stosunku do raka.

Podał prof. **Browicz.**
(Wykład na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 15 lutego 1882).
(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

W jednym z poprzednich wykładów moich traktującym o nowotworach w ogólności (Przegląd Lek. 1881, Nr. 14) zwróciłem uwagę Panów na tę okoliczność, iż w oznaczaniu i klasyfikowaniu nowotworów wychodzić można z trojakiego stanowiska, a mianowicie bądź to histogenetycznego, bądź histologicznego albo téż wreszcie ze stanowiska klinicznego. W obec nasuwającego się pytania, w jakim stosunku znajdują się nowotwory śródbłonkowe do przybłonkowych, téj saméj zasady trzymać się nam wypada nie przesądzając w niczém, które z tych stanowisk większą wartość i słuszność ma za sobą. W kilku bodaj słowach starać się będę przedstawić Panom ten stosunek i różnice pomiędzy obiema formami tych nowotworów.

Ze spostrzeżeń podanych przez autorów co do śródbłoniaków w ich wielorakich odmianach, jakotéż niemniéj z przypadków przezemnie badanych, które Panom przedstawiłem, wynika najdowodniéj, iż mimo podobieństwa pod względem budowy pewnych odmian śródbłoniaków z nowotworami przybłonkowemi śródbłoniaki rozwijają się z odmiennych, fizyjologicznie i histologicznie różnych elementów tkaninowych. Pod względem histogenetycznym istnieje więc pomiędzy śródbłoniakami a przybłoniakami różnica zasadnicza. I ze względu na rozwój różnią się one pomiędzy sobą. Gdy nowotwory śródbłonkowe rozwijają się z elementów tworzących fizyjologiczną część składową podścieliska tkankołącznego ustroju i wśród swojskiego niejako terenu, rzadko tylko przekraczając w dalszym swym wzroście granice tego systemu, jak np. w naszym przypadku czwartym, w którym nowotwór przekraczając granicę zwyrodniałéj torebki wątroby wsuwać się począł w powierzchowną warstwę miąższu wątrobowego lub jak w kilku miejscach jelita cienkiego utworzył guzy rozwijające się w głąb ściany jelita ku błonie śluzowéj, nowotwory przybłonkowe rozwijają się natomiast zawsze (to należy do ich cech charakterystycznych) wśród terenu obcego, pokład tkaniny przybłonkowéj rozpościera się po za obręb fizyjologiczny wśród tkanki łącznéj sąsiedniéj.

Histologiczna różnica, mianowicie w pewnych odmianach śródbłoniaków jak np. w niektórych częściach nowotworowych w przypadkach, których okazy macie Panowie przed sobą, mniéj jest charakterystyczną a niekiedy bardzo niewyraźną. Jakkolwiek bowiem komórki śródbłonkowe różnią się pod względem swego kształtu i postaci od przybłonkowych, są bowiem płaskie, płytkowe, pierwoszcze ich jednostajniejsze i te własności zachować mogą także i wśród tkanki nowotworowéj, przybrać one jednakże mogą kształt i postać zbliżoną do przybłonkowych tak dalece, iż pod względem budowy śródbłoniaki przedstawiać mogą bardzo wielkie podobieństwo do przybłoniaków, na co prócz wymienionych powyżéj autorów, którzy przypadki takie badali, zwraca także uwagę Lancereaux (*Traité d'anatomie pathologique* t. II, p. 317). Ugrupowanie komórek i stosunek ich do tkanki podścieliskowéj przedstawiać mogą także znaczne podobieństwo do przybłoniaków. Mimo téj jednak niekiedy bardzo wielkiéj analogii w budowie z przybłoniakami istnieją jednak i pod względem histologicznym, o ile dotychczasowe spostrzeżenia stosunkowo nieliczne wskazują, pewne różnice, po których obie formy nowotworów histogenetycznie tak odmiennych rozeznawać można, jakkolwiek nie w każdym przypadku i nie we wszystkich częściach nowotworu cechy te rozeznawcze wykazać się dadzą.

Schulz (l. c.) zwraca uwagę na następujące punkty i szczegóły, według których śródbłoniaki od przybłoniaków histologicznie się różnią. W przybłoniakach złogi i pasma komórek przybłonkowych zachowują się wśród przestworów międzytkaninowych i wśród naczyń limfatycznych, któremi

nowotwór się szerzy, nakształt masy injekcyjnéj narażonéj na działanie stężającego wyskoku. Złogi te, jako wsuwające się w obcy teren, są od ściany przestworów, wśród których leżą, oddzielone albo téż łatwo oddzielić się dają; w śródbłoniakach przylegają złogi komórkowe silniéj do ścian i wypełniają szczelniéj światło przestworu. W przybłoniakach nie spostrzega się nigdy bujania śródbłonka wchodzącego w skład ściany naczyniowéj. W miejscach, w których złogi przybłonkowe leżą wśród naczynia limfatycznego, śródbłonek bez względu na owe złogi przybłonkowe prawidłowo wyściela światło naczynia. W śródbłoniakach zaś, jeżeli w niektórych miejscach śródbłonek niebuja, to jednakże komórki są powiększone, widoczniejsze i przybłonkowato wyścielają powierzchnię przestworu. W każdym jednak śródbłoniaku znajdują się liczne miejsca, w których bujanie i uwarstwianie się śródbłonka jest wybitném, obok odosobnionych, w których śródbłonkowa masa wsuwa się luźnie w światło naczyń, względnie przestworu. Pomiędzy komórkami znajdują się liczne, przypominające komórki śródbłonkowe swym płaskim kształtem, cienkością, płytki zupełnie szklistego wejrzenia, rzadziéj ziarnistéj jak w komórce przybłonkowéj, jądro zaś często jest napęczniałe. Daléj zwraca uwagę na obecność częstą złogów wapniowych, jakie w naszym przypadku czwartym istniały, a których w przybłoniakach niespotykamy. Zmiany degeneracyjne tak częste i wczesne w przybłoniakach pojawiają się rzadziéj w śródbłoniakach a mianowicie zwyrodnienie tłuszczowe, gdy zwyrodnienie szkliste komórek jest natomiast częstém i nadaje nowotworowi właściwe wejrzenie.

Cechy te rozeznawcze, które Schulz podaje a mianowicie co do stosunku komórek do ścian przestworów, mają rzeczywiście, jak to z moich przypadków wnosić mogę, wartość, ale tylko w tych przypadkach, gdzie możemy badać nietylko tkaninę nowotworową już wykształconą ale także części sąsiednie obwodowe, wśród których cechy te są wyraźne, jak w naszym przypadku drugim w krańcowych partyjach nacieków nowotworowych. Niewątpliwe znaczenie mają téż, jeżeli istnieją, złogi wapniowe w postaci kulistych, warstwowych bryłek, których w przybłoniakach również nie spotykałem.

Stosunek kliniczny pomiędzy śródbłoniakami (mam tu na myśli te tylko odmiany, które są zbliżone i tak podobne do przybłoniaków, jak np. przypadki przedstawione) a przybłoniakami z przyczyny stosunkowo małéj liczby tak klinicznie jakotéż anatomicznie dokładnie badanych przypadków nie dadzą się jeszcze obecnie ściśle oznaczyć. Mogą one, jak z dotychczasowych spostrzeżeń wnioskować można, o czém na wstępie wspomniałem, pod tym względem przedstawiać własności do przybłoniaków atypowych zbliżone. Jeden jednak szczegół zasługuje, zdaje mi się, na uwagę, iż gruczoły limfatyczne, których zajęcie w przypadkach przybłoniaków atypowych jest tak częstém a prawie stałém, w przypadkach śródbłoniaków albo wcale zmian nowotworowych nie przedstawiają albo téż zmiany te są bardzo nieznaczne. Przyczynę tego możnaby może upatrywać w odmiennym stosunku, jaki w obu formach nowotworów, o których odróżnienie tu chodzi, pomiędzy komórkami a ścianami naczyń limfatycznych istnieje, który w śródbłoniakach jest ściślejszy; w skutek czego jakotéż z powodu ściślejszego zapełnienia światła transport cząstek nowotworowych jest utrudniony. Téj okoliczności przypisywałbym także brak przerzutów w moich przypadkach, a mianowicie w drugim i czwartym, w których nowotwór tak znacznie był rozwiniętym.

Z jakiegokolwiek więc stanowiska zapatrywać się będziemy na śródbłoniaki w ogóle, przyznać musimy, iż i te ich odmiany, które przedstawiają tak wielkie podobieństwo do przybłoniaków, różnią się pod wieloma względami od tychże i że tworzą one oddzielną formę wśród nowotworów grupy tkankołącznych.

Tytuł dzisiejszego wykładu zapowiada rzecz o śródbłoniakach i ich stosunku do raka. Poprzednio wskazałem Panom stosunek, jaki istnieje pomiędzy śródbłoniakami a przybłoniakami atypowémi, które przeważnie rakami nazywane bywają. Zdawałoby się więc zbytecznémi dalsze traktowanie téj sprawy. Wiadomo Panom jednakże, iż najważniejsza odmiana śródbłoniaków również mianem raka przez niektórych oznaczaną bywa, a gdy rozpatrzymy się w zapatrywaniach rozmaitych szkół i autorów, przekonamy się, że nazwa raka nie przedstawia tak jasno określonego pojęcia patologicznego, naukowego, jak to się na pozór wydaje. Pozwólcie Panowie, iż nie wdając się wcale w historyję rozwoju pojęcia raka wskażę Panom pokrótce różnice, jakie w téj mierze w pojęciach łączonych z nazwą raka istnieją.

Pierwotnie odnoszono nazwę raka do produktów nowotworowych, charakteryzujących się szybkim wzrostem, szerzeniem się, do produktów uogólniających się w ustroju, wyniszczających tenże — z nazwą raka łączono pojęcie ściśle kliniczne. Gdy w nowszych czasach badania histologiczne wykazały różnorodność składu i pochodzenia produktów nowotworowych, przedstawiających częściéj lub rzadziéj cechy kliniczne t. zw. złośliwości, poczęto coraz bardziéj ścieśniać pojęcie raka. Nigdy jednak pojęcie raka nie zostało ściśle naukowo określoném i tak samo dzisiaj jak pierwotnie rak przedstawia pojęcie kliniczne. Czy klasyfikacyja nowotworów na téj podstawie, łącząca histogenetycznie różnorodne produkty a rozdzielająca równorodne, przedstawia naukową wartość, wątpię. Zapatrywania badaczy w téj mierze są nader różne i podzielić się dadzą na cztery grupy:

1. Rak jest nowotworem pochodzenia tkankołącznego, przedstawia utkanie włókniste, alweolarne, wypełnione różnokształtnemi komórkami, nie ma nic wspólnego z nowotworami pochodzenia przybłonkowego (pewna część francuskich badaczy, na ich czele Cornil i Ranvier). Rak a przybłoniak są więc odrębnemi, ze sobą nic wspólnego nie mającemi nowotworami.

2. Nowotwory, w skład których wchodzą komórki cechy przybłonkowéj, tworzące gniazda różnokształtne wśród tkanki podścieliskowéj, są wszystkie pochodzenia przybłonkowego i rozwijają się z pokładów fizyjologicznych przybłonkowych lub ze zbłąkanych, z czasów życia płodowego pochodzących, ognisk przybłonkowych. Główny nacisk kładą zwolennicy tego zapatrywania na jakość a raczéj wejrzenie histologiczne komórek, podścielisku drugorzędne znaczenie przypisując (Waldeyer, Malassez i inni).

3. Zwolennicy trzeciego zapatrywania nazywają rakami nowotwory tak tkankołącznego jakotéż przybłonkowego pochodzenia, przedstawiające budowę alweolarną, do tego szczegółu główną wagę przywiązując i według wejrzenia a po części i histogenezy odróżniają raki tkankołączne, śródbłonkowe i przybłonkowe. (Wagner, Thiersch, Birch-Hirschfeld i inni). Ci zbliżają się wprost do pierwotnego pojęcia raka.

4. Czwarta grupa uwzględnia przedewszystkiém histogenezę, nie przywięzuje wagi ani do alweolarnéj struktury ani też do przybłonkowego wejrzenia, które mniéj więcéj mogą przedstawiać i komórki nieprzybłonkowe — nazwę raka

ogranicza wyłącznie do nowotworów pochodzenia przybłonkowego (Ziegler i inni).

Jak z powyższego jasno wynika, zamęt pod tym względem, co mamy nazywać rakiem, jest znacznym tak, iż jest prawie zupełnie rzeczą osobistego zapatrywania, które nowotwory do rzędu raków zaliczać mamy.

Ani struktura alweolarna ani też wejrzenie histologiczne komórek ogniska tworzących nie są wyłączną cechą nowotworów czy to przybłonkowego czy też tkankołącznego pochodzenia. Nie są one bynajmniéj pozbawione wartości rozpoznawczéj, nie odmawiam również obrazowi mikroskopowemu znaczenia, jakie słusznie posiada, ale w oznaczaniu nowotworu w ogóle należy zwrócić uwagę na histogenezę, i uwzględnić punkt wyjścia podstawę histogenetyczną uważam jako najodpowiedniejszą i najsłuszniejszą w klasyfikowaniu nowotworów przy obecnym stanie naszéj wiedzy. Co się tyczy pojęcia raka nie zyska ono prawdopodobnie nigdy ścisłego określenia. Nazwa ta sprowadza podobny zamęt, jak nazwa gruźlicy wziętéj od tworu histologicznego, nie charakteryzującego wyłącznie jednéj sprawy chorobowéj. Korzystnémby było — jakkolwiek w obec rozpowszechnienia i utarcia się nazwy raka jest to prawie niemożebném, — wyrzucić nazwę raka z nomenklatury bodaj anatomicznéj, jak to czyni Lancereaux i oznaczać nowotwory li tylko według ich histogenezy. Nie przeczę, iż znajdują się przypadki, w których oznaczenie to jest trudném a nawet niemożebném, ale przypadki takie są rzadkie.

Z zapatrywania tego wychodząc nie zaliczam śródbłoniaków do nowotworów rakowych, ograniczając nazwę raka, jak to najbardziéj jest rozpowszechnione, do nowotworów pochodzenia przybłonkowego.

II. Działanie lecznicze salicynu.

Napisał Prof. Dr **Korczyński.**

(Dokończenie. Patrz. Nr. 12).

Z tego wszystkiego wynika, że salicyn jest lekiem, który ma istotnie swój zakres wskazań i że takowe z pożytkiem dla chorych wypełnia. Jako lek słabszy od chininu i kwasu salicylowego nie znajdzie on nigdy tak szerokiego zastosowania jak te obydwa leki, ale ponieważ ma pewne dla siebie właściwości, powinien się znaleźć dość często w rękach lekarza postępowego, który o ile możności przestrzegać winien w leczeniu zasady indywidualizowania.

Najszerszém polem zastosowania tego leku jest ostre zapalenie idyjopatyczne stawów, w dawkach od 6—10—15 gm. dziennie, podzielonych na kilka lub kilkanaście części, osobliwie w przypadkach, gdzie późny wiek, nieprawidłowy stan mięśnia sercowego lub obecność przypadów żołądkowych wzbraniają użycia większych dawek kwasu salicylowego, lub gdy kwas salicylowy wywołał przypady żołądkowe, które wzbraniają dalszego podawania tego leku. Jeżeli Maclagan przekonanie swoje o skuteczności salicynu opiera na jego działaniu w ostrém idyjopatycznem zapaleniu stawów, nic dziwnego, że go z takim entuzyjazmem poleca.

W sprawach zimniczych salicyn jest i pozostanie na zawsze jednym z surogatów chininu i jak wiele innych leków nie dorównywa chininowi tak co do dawki, szybkości skutku, jakoteż co do wpływu na obrzęk śledziony. Tylko w dawkach znacznych (6—10—15gm. na dobę) jest salicyn w stanie usunąć zimnicę i zmniejszyć obrzęk śledziony przy dłuższém używaniu. Możnaby powiedzieć, że podczas gdy do usunięcia cięższéj zimnicy i większego obrzęku śledziony potrzeba u nas w przecięciu około 10gm. chininu, cel ten da się osiągnąć dopiero przy wyżyciu około 100gm. salicynu. W obec tego rozstrzygać będzie o pierwszeństwie obydwu leków między innemi także ważny wzgląd na cenę leku. Otóż według najnowszego cennika firmy G. i R. Fritz w Wiedniu 1 kilogram salicynu kosztuje 17 zł. a., a równa ilość siarkanu chininowego α) 190 zł. w. a., czyli że 10gm. chininu kosztuje w składzie fabrycznym 1 zł. 90 ct., zaś 100 gm. salicynu 1 zł. 70 ct. Różnicę tę w cenie tak nieznaczną przeważają jednak na korzyść chininu koszta dzielenia salicynu na znacznie większą ilość proszków, przyczém uwzględnić także należy dłuższe trwanie leczenia salicynem. Co gdy tak jest, podawanie salicynu w zimnicy ograniczyć wypada do trzech wskazań: 1) jeżeli chory nie znosi żadną miarą przetworów chininowych, 2) jeżeli zimnica trwa uporczywie mimo dłuższego leczenia sporemi dawkami chininu, 3) jeżeli zimnicy towarzyszą ważne przypady żołądkowe a stosowanie chininu w postaci lewatyw lub wstrzykiwań podskórnych nie da się dokładnie przeprowadzić. Warto, aby lekarz w takich przypadkach miał pod ręką lek inny i umiał go użyć.

W chorobach gorączkowych ostrych wskazanie do użycia salicynu jest tak względne, jak względném jest w ogóle zdanie i zapatrywanie co do skuteczności środków przeciwgorączkowych. Kto sądzi, że pomaga choremu usuwając wygórowaną ciepłotę forsownemi lekami, ten użyje chininu lub przetworów kwasu salicylowego jako środków skuteczniejszych; kto zaś jest zdania, że takie gwałcenie mechanizmu ciepłoty, nastawiającego ciepłotę ciała do pewnéj wysokości i dążącego do utrzymania téj ciepłoty na tym samym stopniu, nie może być dla chorego korzystném, i że dawki leków sprawiające już objawy otrucia nie powinny być używane jako dawki lecznicze, używać będzie miernych dawek chininu, kwasu salicylowego lub też miernych dawek salicynu. W ostatnich czasach zapał do używania maksymalnych dawek leków przeciwgorączkowych do niedawna tak rozpowszechniony, znacznie się zmniejszył, gdyż zaczęto się przekonywać, że procent śmiertelności w chorobach gorączkowych ostrych, przy konsekwentném używaniu wielkich dawek leków przeciwgorączkowych, nie jest mniejszy aniżeli przy leczeniu wyczekującém, a nawet większy niż przy leczeniu hydryjatrycznem; (B u s s np., mimo że utrzymywał chorych tyfusowych za pomocą kwasu salicylowego i jego przetworów stale niżéj 39° ciepłoty, miał przecież śmiertelność 24.2%); również zaczęto coraz bardziéj zwracać uwagę na ten ważny szczegół, że samo podniesienie ciepłoty ciała nie stanowi jeszcze o niebezpieczeństwie chorych gorączkujących, i że przydarzają się przypadki z nizkim stanem gorączkowym a mimo to z ciężkim i niebezpiecznym przebiegiem. Przypadki takie duru brzusznego opisał między innymi w ostatnich czasach F r a e n t z e l (*Zeitsch. f. klin. Med.* II, 2). To też i najgorliwszy ze zwolenników kwasu salicylowego C. E. B u s s w nowszém swém dziele odstąpił od wielkich dawek kwasu salicylowego; radzi on podawać salicylan sodowy tylko najwyżéj przez 2 dni, a potém pauzować przez 2—3 dni. Co do siebie samego, przyznać się muszę, że w latach 1875 i 1876 nie oparłem się zapałowi do wielkich dawek leków przeciwgorączkowych, lubo nigdy nie wierzyłem w ich działanie przeciwzapalne; późniéj jednakże ograniczyłem wska-

zanie do użycia wielkich dawek leków przeciwgorączkowych tylko do tych przypadków, gdzie nadmiarowo wygórowana ciepłota zdaje się bezpośrednio zagrażać życiu chorych, a gdzie czynność serca jest jeszcze dostateczną lub gdzie z powodu osobniczych warunków zależy na rychłém usunięciu lub zmniejszeniu przewlekającego się stanu gorączkowego, który odżywienie chorych podkopuje. W pierwszym celu próbować można salicynu w większych dawkach, tém rychléj, że nie pociąga za sobą tak licznych, a niekiedy i groźnych przypadów ubocznych jak chinin lub kwas salicylowy, lubo działa słabiéj; w drugim celu salicyn polecić można tém bardziéj, że działa on skuteczniéj w okresie zmniejszającéj się a mimo to przewlekającéj się gorączki, i że nie psuje trawienia w tym stopniu jak chinin lub kwas salicylowy. Czy w tych przypadkach salicyn obniża ciepłotę bez zmiany w produkcyi ciepła, jak to niektórzy przypisują także kwasowi salicylowemu w przeciwstawieniu do chininu, który ma obniżać ciepłotę i powściągać równocześnie produkcyję ciepła, tego rozstrzygać nie mogę, lubo doświadczenia Wolfsohna co do kwasu salicylowego, a Salkowskiego co do kwasu będźwinowego, zdają się przemawiać za ró wnoczesném zwiększaniem się produkcyi ciepła.

W suchotach płucnych jestem co do nieskuteczności leków przeciwgorączkowych w ogóle, a w szczególności chininu, prawie w zupełności tego samego zdania co Sokołowski (*Zeitschr. f. pr. Med.* 1876 i *Gaz. Lek.* 1882, str. 16), gdyż nie mogę pojąć, jaką korzyść właściwie wyrządza się suchotnikowi, jeżeli mu się dla tego tylko, że ma gorączkę i bez uwzględnienia szczegółowych wskazań co do wysokości i toru gorączki podaje chinin i to — jak się to często widzi — w małych dawkach, które nie mogą mieć żadnego wpływu na obniżenie ciepłoty ciała, tém mniéj na zapobieżenie powtórzeniu się gorączki, a tylko w wysokim stopniu psują trawienie. Jako ogólne prawidło leczenia przeciwgorączkowego suchot płucnych uważam podawanie leków przeciwgorączkowych albo w celu bezpośredniego obniżenia ciepłoty nadmiarowo wygórowanéj, któréj wysokość przy dłuższém trwaniu mogłaby przynieść choremu bezpośrednią szkodę, albo też w celu zapobieżenia eksacerbacyjom typowo występującym w celu zamienienia lub zbliżenia gorączki mocno zwalniającéj lub przepuszczającéj do toru gorączki więcéj stałéj. Chcąc osiągnąć jeden lub drugi cel podać należy lek w téj dawce jednorazowéj, w któréj w ogóle działać może jako lek przeciwgorączkowy, a więc tylko w dawkach znaczniejszych, a chcąc wpływać na tor gorączki trzeba poprzód stwierdzić go pilném mierzeniem ciepłoty i zastosować jednorazową dawkę leku w okresie, gdy ciepłota okazuje już dążność do wznoszenia się typowego. Wśród tych wskazań i zastrzeżeń można niekiedy (lubo wcale nie często) widzieć korzystne działanie tak chininu jakoteż kwasu salicylowego, które wtedy zachęcać może do częstszego powtarzania leku, jeżeli lek nie sprawia niekorzystnych przypadów ubocznych. Ponieważ salicyn daleko rzadziéj i daleko słabsze wywołuje przypady uboczne, a nadto nie psuje trawienia w tym stopniu jak chinin lub kwas salicylowy i jego sole, przeto może być zastósowany w suchotach płucnych jako lek przeciwgorączkowy, osobliwie jeżeli chodzi o zmienienie toru gorączki przepuszczającéj. Przynajmniéj przypadki 10, 13 i 15ty suchót płucnych zachęcają do dalszych prób i doświadczeń w tym kierunku.

Salicyn działa we krwi niewątpliwie jako kwas salicylowy, przynajmniéj główną część jego skuteczności odnieść należy do kwasu salicylowego, jako głównego produktu rozkładowego. Z tego jednakże nie wynika wcale, aby skutek obydwu leków był jednakowy, gdyż przy salicynie odpada zupełnie działanie miejscowe kwasu salicylowego na błonę śluzową żołądka, niekiedy bardzo niekorzystne, tylokrotnie przez każdego lekarza stwierdzone, a nadto powolny rozkład dopiero w obiegu krwi się wytwarzający i to rozkład na kilka ciał chemicznych, których działanie z osobna nie jest jeszcze dokładnie znane, wreszcie działanie *in statu nascenti* wytwarzającego się z salicynu kwasu salicylowego mogą w pewnéj mierze tłumaczyć różnicę w skutkach obudwu pokrewnych leków.

III. Oceny i sprawozdania.

Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego warszawskiego pod redakcyją Dra E. Klinka. Zeszyt 1, r. 1882.

Pomimo rozwoju naszego piśmiennictwa lekarskiego zawsze istnieć będzie potrzeba organu dla ogłaszania prac oryginalnych większego zakroju, zwłaszcza treści więcéj teoretycznéj, dla których pisma tygodniowe z wielu względów mniéj się muszą nadawać. Pragnęlibyśmy, aby Pamiętnik Towarzystwa warszawskiego mógł się stać rodzajem archiwu dla rodzimych płodów literatury lekarskiéj. Jak dziś rzeczy stoją, prędzéj się obawiać można braku czytelników niż autorów dostarczających prac swych do takiego archiwu. Przedewszystkiém trzeba może oddzielić od Pamiętnika część jego sprawozdawczą o czynnościach Towarzystwa. Mimo niezaprzeczonéj w ogóle wartości naukowéj i praktycznéj działu tego, przecież trudno zaprzeczyć, że tenże jako przedstawiający przeważnie stronę formalną i administracyjną czynności Towarzystwa, a więc zajmujący doraźnie członków jego, mniéj się nadaje dla pisma wychodzącego w zeszytach kwartalnych. Jestto rzekłbym balast przyczepiony do części naukowéj, zabierający dużo miejsca, a jako zajmujący się sprawami posiedzenia Towarzystwa przed kilku odbytego miesiącami, nie mogący dość żywego budzić interesu w czytelniku.

Zeszyt ostatni zawiera następujące rozprawy:

1. Dr. A. Rosenthal: O zmianach mózgu w chorobach zakaźnych. Wypadki obszernéj pracy téj, wykonanéj w pracowni prof. Brodowskiego, streszcza autor w następujących punktach: I. Istota korowa zawojów mózgowych. Obrzmienie nabłonka drobnych naczyń, szczególniéj włosowatych; błona wewnętrzna drobnych naczyń zawiera często barwik i złogi tłuszczowe. W kilku przypadkach duru brzusznego znaleziono naokoło naczyń błyszczące, szkliste, żółto zabarwione bryłki rozmaitéj postaci i wielkości. Jako zmiana niestała a niekiedy i w chorobach niezakaźnych postrzegana: naciek drobnokomórkowy wzdłuż naczyń, w neuroglii i naokoło komórek nerwowych. Przenikania drobnych ciałek do wnętrza komórek nerwowych, przypuszczanego przez Popowa, nie mógł autor wykazać. Wybitne zmiany przedstawiają komórki nerwowe w trzeciéj warstwie komórek piramidalnych: obrzmienie i zaćmienie komórek, zmiana postaci, zanik wypustek, tłuszczowo ziarniste zwyrodnienie, ziarnisty rozpad pierwoszczy. W durze i posocznicy liczba komórek okazała się niekiedy zwiększoną skutkiem podziału. II. Rdzeń przedłużony. Jądra nerwowe na dnie jamki pirami-

dalnéj okazały w ogóle zmiany podobne znalezionym w komórkach nerwowych istoty korowéj. Na podstawie swych poszukiwań autor wnosi, że w chorobach zakaźnych występują zmiany miąższowe komórek nerwowych, którychto mian różny może być dalszy przebieg, w miarę siły zakażenia, trwania choroby itp. Zmiany te mogą się zatrzymać na pierwszym stopniu obrzmienia i miąższowego zaćmienia, lub téż pierwoszcza komórek podlega po części zwyrodnieniu i rozpadowi ziarnistemu; niekiedy obrzmiałe komórki okazują zmiany postępowe, dzielą się, a dopiero późniéj podlegają powyższym zmianom wstecznym. Naciek drobnokomórkowy jest częsty ale niestały i bez wpływu na zachowanie się komórek nerwowych. Autor nie podziela zdania Liebermeistera, jakoby zmiany miąższowe narządów w chorobach zakaźnych zależały od natężenia stanu gorączkowego, przypuszcza raczéj, że zmiany powyższe, mianowicie w rdzeniu przedłużonym, wpływając na ośrodki regulujące ciepłotę ciała, mogą być przyczyną zaburzeń gorączkowych itd. Zmiany ośrodków nerwowych mogą mieć podobny wpływ na przebieg choroby, jak stłuszczenie mięśnia sercowego. Z opisanemi zaburzeniami w mózgu wprowadza autor w związek postrzegane w chorobach zakaźnych zboczenia psychiczne, tém więcéj, że znalazł wielką analogiję między zmianami w istocie korowéj u obłąkanych i w mózgach osób zmarłych w następstwie chorób zakaźnych. Wypadki badań swoich objaśnia autor piękną tablicą litograficzną.

2. Dr. Rumszewicz: Przetrwanie błony źrenicznéj. Autor spostrzegał kilka przypadków, w których u ludzi dorosłych wykazać było można szczątki zachowanéj błony źrenicznéj. We wszystkich tych przypadkach pasemka zachowanéj błony źrenicznéj przyczepiały się do przodkowéj powierzchni tęczówki, na granicy między zewnętrznym a wewnętrznym jéj pierścieniem. Od krążka środkowego zachowanéj błony odchodziły w kilku przypadkach cieniutkie włókna, przyczepiające się do przodkowéj powierzchni torebki soczewkowéj.

3. Dr. Erlicki: O budowie pnia nerwu słuchowego. Pracy téj anatomicznéj nie podobna streścić pokrótce. Piękna tablica kolorowana przedstawia liczne obrazy mikroskopijne nerwu słuchowego.

4. Dr. Stankiewicz podaje opis szczęśliwie operowanego przypadku bąblowca wątroby. 35-letni chory przed kilkunastu laty doznawał napadowych bólów żołądkowych, do których późniéj dołączyła się przemijająca żółtaczka. Wkrótce spostrzegł chory guzowate stwardnienie w brzuchu, sięgające od obydwóch podżebrzy aż do pępka; w r. 1881 po napadach bólów wystąpiła silna gorączka. Badanie wykazało guz pozostający w związku z wątrobą, chełbocący. Przekłócie próbne potwierdziło rozpoznanie Dra Stankiewicza; ciecz wypuszczona zawierała pęcherzyki i haczyki bąblowcowe, obok tego żółć i ropę. Na téj podstawie przystąpiono do operacyi; cięcie długie na 2 cale ponad największą wypukłością guza, na 3 palce na lewo od pępka; ściana guza zrośniętą była z otrzewną. Wypłynęło przeszło 8 litrów cieczy gęstéj, żółto-zielonawéj, nieco cuchnącéj, zawierającéj strzępy rozpadających się błon. Wnętrze jamy badane palcem przedstawiało ściany nierówne, poałdowane, miejscami galaretowemi wyspami wysłane. Po przepłukaniu jamy kwasem karbolowym wprowadzono dren i nałożono opatrunek antyseptyczny. W następnych dniach gorączka opadła, z rany wydzielała się wielka ilość żółci. Dla zapobieżenia ciągłemu wypływowi wydzieliny, skoro się otwór zwęził, chory zatykał go korkiem, co kilka godzin wypuszczając płyn nagromadzony. W kilka dni po operacyi wydobyto z jamy kawał błony z pęcherza macierzystego. Po 5 tygodniach otwór w ścianie brzusznéj ściągnął się do średnicy 1cm., odpływ był bardzo nieznaczny, chory szybko wracał do dawnych sił. Stan ten raz jeszcze się pogorszył, poczém poprawa postępowała raźnie. Gdy chory wracał do domu, z otworu bardzo już wązkiego wypływało zaledwie kilkanaście kropel żółtawego, ropiastego płynu na dobę. Dalszy przebieg niewiadomy.

5. Dr. Klink: O działaniu naftolu w chorobach skórnych. Pierwszy Kaposi zastósował naftol do celów leczniczych w świerzbie, wyprysku, łuszczycy, świerzbiączce, rybiéj łusce, ostudzie itd. Wypadki lecznicze, otrzymane za pomocą naftolu przez Klinka, nie rokują środkowi temu wielkiéj przyszłości. Naftol, czy to w roztworze wyskokowym, czy w postaci maści, drażni skórę dość silnie. W wyprysku pod wpływem naftolu zmniejszało się swędzenie i niektóre objawy zapalne. Zupełnego usunięcia zapalenia nie można było nigdy osiągnąć, natomiast występowały niekiedy objawy podrażnienia i zapalenia skóry. W łuszczycy skóra nabierała pewnéj miękkości, cieńczała i bladła, stając się nareszcie podobną do blizny, przyczém świąd się zmniejszał. Zupełnego wyleczenia nie osiągnięto w żadnym przypadku, niekiedy zaś wyraźne pogorszenie. W jednym przypadku świerzbiączki (*prurigo*) lek ten okazał się zupełnie bezskutecznym. Jedynie pomyślne wypadki otrzymano w pasorzytnych chorobach skóry. W ogóle naftol zawiódł świetne nadzieje, jakie rokował Kaposi; w wyprysku ustępuje umiejętnie stosowanéj smole, w łuszczycy kwasom chryzofanowemu i pyrogalusowemu.

Na tém kończy się część naukowa Pamiętnika. W części sprawozdawczéj z czynności Towarzystwa warszawskiego znajdują się także liczne spostrzeżenia i dyskusyje naukowe; z przyczyny rozproszenia, a częstokroć pewnéj urywkowości, nie nadają się takowe do streszczenia.

Krótkie to sprawozdanie niechaj wystarczy; dowodzi ono dostatecznie, że Pamiętnik tak dla swéj treści jako i umiejętnéj redakcyi zasługuje ze wszech miar na uwagę i poparcie lekarzy polskich.

Dr. Smoleński (Jaworze).

Gaucher: O podobojczykowym odgłosie bębenkowym w wypocinach opłucnowych.

Bębenkowemu odgłosowi w okolicy podobojczykowéj w przebiegu wypocin opłucnowych może towarzyszyć: 1. wzmocnienie szmerów oddechowych i drgań głosowych, 2. wzmocnienie drgań głosowych a osłabienie szmerów oddechowych, 3. osłabienie szmerów oddechowych i drgań głosowych.

Każdemu z tych przypadków odpowiada pewien odrębny stan płuca.

1. W pierwszym przypadku można na podstawie zaostrzonych szmerów oddechowych i wzmocnienia drgań głosowych wnioskować o tém, że miąższ płucny nie jest zajęty; płuco może być uciśnięte i wypchnięte z swego położenia, ale nie bierze udziału w sprawie chorobowéj. Istnieje proste niepowikłane zapalenie opłucny, dozwalające rokować pomyślnie (*tympanisme de suppléance*).

2. W drugim przypadku szmery oddechowe mogą być tylko nieco osłabione, lub téż prawie zupełnie zniesione. W takim razie zajęty jest górny płat płuca; płat ten jest albo uciśnięty, albo gruźliczo schorzały, któreto schorzenie jak mogło istnieć już przed zapaleniem opłucny, tak i po jego

ustąpieniu pozostać może. Przypadek ostatni jest bardzo częstym. Podobojczykowy odgłos bębenkowy, połączony z wzmocnieniem drgań głosowych i znaczném osłabieniem szmerów oddechowych, cechuje zwykle pewną postać gruźlicy płucnéj, któréj towarzyszy zapalenie opłucny *(tympanisme de congestion)*.

3. Trzeci przypadek zdarza się wtenczas, gdy wypocina opłucnowa uciska wnękę płuc lub wielkie oskrzele górnego płatu płucnego, tudzież w razach puchliny jamy opłucnowéj z odmą płuc *(tympanisme de compression et d'oedème pulmonaire)*. Trzeci ten przypadek wydarza się rzadziéj niż pierwszy, a tém rzadziéj niż drugi.

Historyje chorób i wypadki sekcyj pośmiertnych potwierdzają wnioski wysnute na podstawie powyższych trzech objawów. (*Ctrbl. f. kl. Med.* Nr. 47).

Dr. Smoleński (Jaworze).

Dr. Th. Schott: **Leczenie kurczu pisarskiego i muzyków.**

Dotychczasowe leczenie tego przykrego cierpienia zasadzało się głównie na zapobieganiu chorobie, lecz mimo wielu poleceń co do stósownego zachowania przepisów, np. używania lekkich korkowych oprawek do piór, wćwiczania drugiéj ręki do czynności uniemożebnionéj dla chorych palców rzadko kiedy udawało się osiągnąć pożądany skutek, lub od powrotu choroby uchronić.

Nie wchodząc w rozbiory naukowe podaje S. swój sposób leczenia, polegający na użyciu gimnastyki i mięsienia *(massage)*.

Gimnastykę poleca autor dwojaką: 1) bierną, tj. wykonywaną przez samych chorych i 2) czynną, przy czém ruchy chorych tamują inne osoby.

Gimnastyka bierna polega na wyprostowaniu i zginaniu, na przywodzeniu i odwodzeniu pojedyńczych palców, późniéj robi się téż same ruchy w stawie nadgarstkowym, zgina rękę i prostuje w stawie łokciowym, a wreszcie porusza ręce w stawie ramieniowym, we wszystkich 4ch kierunkach. Ćwiczenia takie powinny trwać 20—30 minut, każden pojedyńczy ruch po 6—12 razy, poczém zaleca się chwila odpoczynku.

Przy gimnastyce czynnéj odbywają się też same ruchy, z tą różnicą, że zamierzonemu ruchowi mięśni druga osoba stara się przeszkodzić. Tak np. chory zamierza zbliżyć przedramie ku ramieniowi, ktoś drugi kładzie jednak jednę rękę na ramieniu chorego, drugą na przedramieniu i usiłuje zwolna wykonać ruch wyprostny, i to dopóty, póki chory nie dotknie swoją ręką ramienia.

W skutek takiego tamowania odbywają się pojedyńcze ruchy z większą siłą, trzeba jednak bardzo uważać, aby ten sposób tamowania ruchów odbywał się jednostajnie od początku do końca, aby chory nie potrzebował cofać się w zamierzonym ruchu.

Mięsienie dzieli autor również na dwie części, mianowicie: *a*) mięsienie nerwów i b) mięśni.

W celu wykonania pierwszego namaszcza się rękę oliwą i rozpoczyna lekkie pociąganie palcami wzdłuż przebiegu nerwu pośrodkowego, promieniowego i łokciowego, posuwając się ku splotowi pachowemu i karkowemu. Pociąganie wzmacnia się co chwilę, starając się ugnieść nerw w głębi tkanin, poczém znowu stopniowo wraca do łagodnych ruchów. Czas trwania 8—10 minut.

Po ukończeniu téj czynności i chwili spoczynku następuje ugniatanie mięśni, które się uskutecznia, nacierając szybko a mierną siłą pojedyńczy mięsień wzdłuż i wszerz, poczynając od mięśni ręki, kończąc na łopatce. W obu rodzajach mięsienia należy się wystrzegać użycia zbyt wielkiéj siły, pociągania zaś trzeba wykonywać dośrodkowo, nigdy od środka. Po 2—3 tygodniach następuje ulga w cierpieniu, chcąc się jednak uchronić od powrotu choroby, należy leczenie odbywać co najmniéj 6—8 tygodni, poczém poleca się jeszcze wykonywanie biernéj gimnastyki przez dni kilkanaście, na zakończenie zaś dobrze jest użyć zimnych natrysków. Rozumie się samo przez się, że pośród leczenia muszą się chorzy wstrzymać zupełnie od pracy, a dłuższy czas po wyleczeniu unikać zbytniego zmęczenia. *(Deutsch. med. Ztg.* Nr. 9). *Dr. Murdzieński.*

Benijamin Richardson: **Etylan sodowy przeciw znamionom macierzystym i innym formom chorobowym.**

Opisując kilkanaście historyj chorób, tak znamion macierzystych, jakoteż polipów nosowych, tocznia i innych, stwierdza autor znaczne działanie etylanu sodowego.

Sposób zastósowania jest następujący: Pręcik szklany macza się w płynie i zwilża części mające być zniszczonemi. Skutkiem tego tworzy się strup, który po 5—8 dniach odpada. Ażeby uniknąć zdrapania strupa, pokrywa się takie miejsce watą i zakłada opaskę. Zdarza się jednak, że po jednorazowém przyżegnięciu nie zniszczy się znamienia, po odpadnięciu więc pierwszego strupa, (którego nigdy odrywać nie należy, czekając dopóki sam nie odpadnie) powtarza się przyżeganie.

Środka tego używał autor u dzieci nawet kilkomiesięcznych a rzadko tylko zdarzyło się podniesienie ciepłoty ciała, skutkiem ograniczonéj zgorzeli, jednak bez złych skutków. Bolesność przy zastósowaniu nie jest zbyt wielka, można wreszcie w celu jéj złagodzenia dodać wyskokowego rozczynu makowca. Przestrzega jednak R. przed łączeniem etylanu sodowego z chloroformem, gdyż mięszanina taka łatwo wybucha. Przetwór musi być zawsze bardzo czysty, a po użyciu nie można robić okładów wilgotnych, na miejscach przyżegniętych. Blizny po znamionach, tym sposobem zniszczonych, pozostają bardzo nieznaczne, skutek zaś niezawodny.

Z pomiędzy innych chorób, w których leczenie etylanem sodowym dobre odniosło skutki, wylicza autor następujące:

1) Blizny po tatuowaniu.

2) Polipy nosowe, które są łatwo dostępne. W tym celu macza się w rozczynie etylanu kawałek bawełny i obcążkami zakrzywionemi zakłada na szypułkę polipa; zatrzymuje tamponik parę minut, poczém odchodzi polip zniszczony doszczętnie; zazwyczaj towarzyszy temu kichanie i nieznaczny krwotok.

3) W ten sam sposób leczył autor owrzodzenia w nosie *(ozaena)*.

4) Z dobrym skutkiem, jakkolwiek nietrwałym, leczył R. liszaj żrący, chwilowo bowiem wstrzymuje się rozkład, niszczy splot naczyń i ogranicza ropienie.

5) Podskórne wstrzykiwania etylanu robił autor we wolu *(struma)*, nie podaje jednak siły rozczynu.

Etylan sodowy okazał się również skuteczny ku zniszczeniu brodawek, guzów krwawnicowych, małych naczyniaków *(Lancet* 1, 5, 7 (1881). *Dr. Murdzieński.*

Wiadomości pomniejsze.

(?) **Naftą z oliwą** w stosunku 1:3—4 pomazywał skórę w ospie Dr. Kaczyński w Brzostku i, jak nam donosi listownie, nawet w ospie zlewającéj się otrzymywał wyniki pomyślne strupy odpadały rychło, a po złuszczeniu się skóra okazywała się gładką i nie zaczerwienioną, jak to zwykle bywa.

(L. K.) **Drzewo chinowe we Włoszech.** W ostatnich latach starano się zaaklimatyzować drzewo chinowe we Włoszech. Próby dość się powiodły, szczególniéj koło Medyjolanu i Genui. Produkcyja kory chinowéj dosięgła już ogromnych rozmiarów. Jakiś czas obawiano się już, że skutkiem złéj gospodarki wkrótce produkcyja nie odpowie potrzebie. Energiczne jednak zakładanie nowych plantacyj, jak się zdaje, już usunęło tę obawę. Korespondent z wyspy Ceylon do „Colombo-Observer“ oblicza długość drzew chinowych rosnących na téj wyspie na 20 milijonów stóp. Wyspa Ceylon zdaniem tego korespondenta będzie za 5 lat produkować 10 milijonów funtów kory chinowéj suchéj przez rok. Fergusson w „Ceylon Directory“ podaje ciekawą statystykę produkcyi kory chinowéj. Wszystkie plantacyje dostarczają jéj 13,471.000 funtów rocznie, z czego na wyspę Ceylon przypada 150 tysięcy. (*Revue britannique* 1881).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie 17 z dnia 7go grudnia 1881 r.

Przewodniczący: kol. Zarewicz. Członków obecnych 26.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. doc. Obaliński przedstawił 22-letniego chorego, u którego w klinice chirurgicznéj przed tygodniem wypilował szczękę górną z pozostawieniem okostnéj. Chory ten cierpiał na martwinę fosforową, skutkiem zajęcia swego w tutejszéj fabryce zapałek. Przy téj sposobności okazał przyrząd Trendelenburga służący do tamponady tchawicy, celem zapobieżenia dostaniu się krwi do dróg oddechowych podczas operacyi w jamie ustnéj, osobliwie w razie narkozy i nadmienił, jak niestałém i niepewném jest jego działanie, tak iż raczéj użyłby sposobu Rosera, t. j. operowania przy zwieszonéj głowie, lub, jak to uczynił w obecnym przypadku, zachloroformowawszy chorego w postawie siedzącéj, przyczém krew po nachyleniu głowy ku przodowi z łatwością na zewnątrz odpływała. W końcu zwrócił jeszcze uwagę na tę okoliczność, że utrzymano okostnę wraz z błoną śluzową podniebienia, która przyszyta do dziąseł zdołała jamę powstałą po wyjęciu kości odgraniczyć od jamy ustnéj. Rana zewnętrzna zagoiła się *per primam*, tak że w dniu dzisiejszym, t. j. w tydzień po operacyi, znać zaledwie ślad linijowaty, którędy poprowadzono cięcie, a wyraz twarzy prawie wcale nie jest zmieniony. Operacyja trwała ze wszystkiém 45 minut. Ciepłota ciała była po operacyi zaledwie przez dwa dni nieco podwyższona (do 38.2C.). Wreszcie nadmienił kol. Obaliński, że obecny przypadek i z tego względu jest pouczający, ponieważ wykazuje, że ciepłota ciała, zazwyczaj znacznie podczas sprawy zapalnéj podwyższona, już w krótkim czasie (jak tutaj po 5ciu tygodniach) może się obniżyć do stanu prawidłowego i że mógł on, jakkolwiek należy do obozu wyczekujących, operować dość wcześnie, zkąd wniosek, że wyczekiwanie na obniżenie się ciepłoty ciała jest najlepszém dotąd znaném kryteryjum do oznaczenia czasu, w którym należy przedsiębrać operacyje w martwinie fosforowéj, jak to już dawniéj wypowiedział był Bryk.

3) Kol. Sysak przedstawił chorego, który w czasie od 19/2 do 15/4 1881 przebył chorobę skórną, cechującą się wystąpieniem mnóstwa pęcherzy po całém ciele; jest to ten sam chory, o którym kol. Sysak miał odczyt na posiedzeniu Tow. Lek. dnia 6/7 1881, z którego sprawozdanie umieszczono w Nrze 45 Przeglądu Lekarskiego z r. 1881. Chory ten dziś obok zmian barwikowych, powstałych w miejscach dawniejszych pęcherzów, przedstawia wyraźną recydywę kiły w formie kłykcin sączących około stolca i na mosznach. Po przedstawieniu zwrócił kol. Sysak uwagę na niedokładne w niektórych miejscach przedstawienie jego opisu chorobowego w pomienioném sprawozdaniu, przez co cały obraz chorobowy w mylném nieco przedstawia się świetle, podał w streszczeniu jeszcze raz ów opis, który zamierza osobno umieścić w Przeglądzie Lekarskim (p. Nr. 8 rb.). W końcu nadmienił kol. Sysak, że nie rozpoznawał, ani téż nie utrzymywał, że miał do czynienia z *pemphigus foliaceus*, ale zrobił trzy przypuszczenia i przychylił się najwięcéj do przypuszczenia, że osutka ta jest na tle kiłowém, do czego głównie pomyślne zakończenie choroby przy leczeniu antisyfilityczném, a obecnie i recydywa kiły w formie niepodlegającéj wątpliwości go sklania. Kol. prof. Rosner, po zapytaniu się kol. prelegenta, czy ta pierwsza wysypka na grzbiecie ręki była po pierwszéj injekcyi sublimatowéj, otrzymawszy odpowiedź, że przed injekcyją były guzki, a po injekcyi pęcherze na całém ciele, sądzi, że ta wysypka na grzbiecie ręki i na przedramieniu była *erythema exsudativum multiforme*; wiadomo bowiem, że przed wybuchem wysypki kiłowéj występuje także *erythema*. Hebra wspomina o tém, jakkolwiek się to rzadko zdarza. *Erythema* to nie ma przebiegu jednakiego w każdym przypadku, najważniejszém atoli przy takiém *erythema* jest umiejscowienie i barwa. Co się tyczy pęcherzy jest to ciekawsze, ale i pod tym względem nie może się kol. prof. Rosner zgodzić, że to jest *pemphigus*, czy to *vulgaris*, czy *syphiliticus*, (o *foliaceus* lub *vulgaris* nie ma mowy), bo przebieg ostry przeciw temu przemawia, początek *pemphigus vulgaris* bywa ostry a potém staje się chroniczny; co do *pemphigus syphiliticus* ten jest nadzwyczaj rzadki, Hebra podaje, że nie widział ani jednego u dorosłych, a u tych nie wielu znanych w literaturze były wrzody pod pęcherzem, t. j. wczesna złośliwa forma podobna do rupii syfilitycznéj. Te zmiany po injekcyi można uważać za *erythema medicamentosum bullosum*. Kol. prof. Rosner wspomina, że miał w klinice jeden przypadek, w którym u chorego z ładną wysypką kiłową po zażyciu dwóch łyżek jodku potasu wystąpiło *erythema*, nie robiono nic i po 2 tygodniach takowe ustąpiło, po ponowném jednak zażyciu tego leku znowu wystąpiło; w miejscach, gdzie rumień, powstają czasem pęcherze, które jednakowoż nie mają znaczenia *pemphigus*, tak samo jak *urticaria bullosa* nie nazywa się *pemphigus*, tak samo na tle takiego *erythema* powstają pęcherze i to się nazywa *erythema bullosum*. Kol. prof. Rosner wytwarza sobie zatém taki obraz, że ta pierwsza wysypka była *erythema exsudativum multiforme*, które czasami wyprzedza wysypkę kiłową, a wysypkę pęcherzową, która w kilka godzin po injekcyi wystąpiła, uważa za *erythema medicamentosum bullosum*; w każdym razie przypadek jest bardzo ciekawy.

Kol. Zarewicz zwraca uwagę, iż wcale nie przeczył, jakoby chory, którego historyję choroby kol. Sysak odczytał na jedném z poprzednich posiedzeń, nie posiadał kiły, nie zgodził się jednak naówczas na zdanie prelegenta, aby wysypka, którą on uważał za wysypkę natury syfilitycznéj, była wysypką syfilityczną. Daléj stwierdza kol. Zarewicz, iż protokół z posiedzenia lipcowego jest autentycznym, przyczém przypomina także i tę okoliczność, iż kol. Sysak na zarzuty wówczas mu czynione wcale nie odpowiedział. Obecnie po ponowném odczytaniu przez kol. S. historyi choroby kol. Zarewicz obstaje jeszcze raz przy dawniejszém swém rozpoznaniu, a mianowicie, iż wysypka, o któréj mowa, była rumieniem wielopostaciowym pod postacią pęcherzy występującym (*Erythema exsudativum multiforme bullosum*). Następnie zwraca uwagę na tę okoliczność, iż nie znamy formy kiły nabytéj wczesnéj, którąby pod taką postacią występowała, pod jaką pęcherzyca występuje. Wprawdzie Alibert przypuszcza formę kiły, którą nazywa *Syphilide pemphigoide des adultes*, dzisiaj jednak nazwa ta nie utrzymała się, głównie z tego powodu, iż między jedném a drugiém cierpieniem zachodzą wielkie różnice anatomiczne i kliniczne. Ze względu na przytoczony opis wejrzenia rumienia wielopostaciowego, kol. Z. zwraca uwagę kolegi prelegenta na tę okoliczność, iż rumień wielopostaciowy pod tak rozmaitemi obrazami występuje, iż często spotkać się można z przypadkiem, który w wielu szczegółach odstępuje od książkowych opisów.

4) Kol. Grodecki z Tarnowa miał odczyt o hypnotyzmie

ogłoszony w Przeglądzie Lekarskim z r. b. i przedstawił odpowiednie medium; w nader ożywionéj dyskusyi brali udział prócz kol. prelegenta koledzy: Zarewicz, Pieniążek, Obaliński, Paszkowski, Pisek i Ponikło.

5) Kol. przewodniczący zaproponował do komisyi przedwyborczéj 10 członków, nadto do komisyi mającéj sprawdzić rachunki kasy Towarzystwa lekarskiego dwóch członków: kolegów Marsa i Skobla.

6) Tenże imieniem komitetu wniósł, aby dla ułatwienia koledze sekretarzowi dorocznemu każdy z prelegentów, jakotéż każdy z kolegów w dyskusyi dłużéj głos zabierający, zechcieli albo zaraz po posiedzeniu lub téż w najkrótszym czasie wręczyć sekretarzowi swoje przemówienie do umieszczenia w protokole. Wniosek komitetu przyjęto jednomyślnie.

Dr. Stanisław Balicki.
Sekretarz.

V. Szkice położnicze ze Wschodu.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.
(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

Co do matki, to z rozpoczęciem się okresu połogowego, gdy łożysko zostało oddzielone siłami natury i upływ krwi był nieznacznym, dopiero po upływie dwóch i pół godzin zwykło się przystępować do zmiany jéj położenia. Tutaj to również przesąd dominuje nad najprostszą higijeną. I jeżeli w domach chrześcijańskich uda się lekarzowi przekonać otaczających o całéj niedogodności podobnego postępowania, to za to z Turczynkami nie podobna przyjść do ładu. Zużyją się stosy prześcieradeł, ale zmienić pozycyi kobiety nie wolno. Dla czego? a tylko z powodu religijnego przepisu, wymagającego, ażeby położnica dopóty nie opuszczała łoża swéj boleści, dopóki nie wzmocni się na siłach. W ciągu téż tego okresu czasu otaczający nie pozostają bezczynni. Na szyję, ramiona i nogi położnicy nakłada się rozmaitego kształtu i koloru różańce talizmanów i amuletów, zwanych tu „Muska". We włosy wplata się kamyczki pochodzące od podróżnych do miejsc świętych. Głowę okrywa się białą organtyną, pierwéj ogrzaną i okadzoną aromatami Wschodu. Części rodne zewnętrzne otaczają się gorącemi okładami, złożonemi z mąki ryżowéj, suchych winogron lub fig, z dodatkiem pewnéj ilości kamfory. Na całą jamę brzuszną nakłada się długi szal jedwabny; a za napój matka otrzymuje napar skórki pomarańczowéj, z dodatkiem pewnéj ilości ulepku dereniowego. Jednocześnie jeżeli tylko pozwala apetyt, daje się rosół z nożek baranich i kompot cedrowy lub pigwowy. Tak opatrzona, lecz wcale niewypoczęta, biedna położnica, musi jeszcze zadość uczynić zwyczajowi i przyjmować życzenia całych gromad odwiedzających kobiet. Trwa to zwykle parę godzin, i dopiero z upływem tego czasu następuje zmiana pościeli. Położnica przenosi się znowu na sofę, na któréj zmuszoną jest pozostać dni jedenaście, przez czas wystarczający do powrotu do zdrowia, stosownie do miejscowych przekonań i przesądów.

Tak się przedstawia prawidłowy przebieg porodu i bierna rola, jaką w nim odgrywa lekarz. W razach jednak, gdy same siły natury nie mogą dokończyć swego dzieła, wezwany do pomocy lekarz spotykać się zwykł z trudnościami nie dającemi się opisać. Zastosowanie bowiem pomocy chirurgicznych w przypadkach położniczych w Turcyi spotyka się z takim wstrętem i tak silne wrażenie wywiera na kobiety w ogóle, że poddanie się z ich strony jest bardzo trudném, a co najmniéj musi być łagodzone środkami znieczulającemi. Te znowu ostatnie tak przerażają ludność wschodnią, że nie dają się zastosować w najbardziéj ciężkich operacyjach. Bo dopóki poddany operacyi oddycha widocznie i nie przestaje się uskarzać, to znaczy, że iskra życia tleje w nim bez przerwy. W takich okolicznościach tylko wschodni prawodawcy pozwalają na niesienie lekarskiéj pomocy. O tém zaś, że znieczulenie uśmierza a przynajmniéj łagodzi cierpienie, nie znaleziono żądnéj w ich księgach wzmianki. I dla tego téż wolą raczéj stracić chorego, niż wi dzieć go operowanym w stanie chirurgicznego znieczulenia! Otóż uwzględniając z jednéj strony wstręt i obawę, z drugiéj szkodliwe następstwa z wyczekiwania, nie pozostaje w groźnych przypadkach jak tylko działać energicznie, bez dopytywania się o pozwolenie choréj i otaczających ją osób. Inaczéj bowiem postępującemu nie podobna będzie na Wschodzie wykonać choćby najlżejszéj operacyi. Energija więc, poparta niewinnym wybiegiem, znajduje tu zupełne usprawiedliwienie. I gdy tylko zostaną użyte na czasie, pozwolą na wykonanie zwrotu płodu ręką, na wprowadzenie kleszczy, słowem na postępowanie nakazane okolicznością. W największéj liczbie przypadków usiłowania operatora zwykły się udawać. I wtedy, oddaleni na chwilę, krewni zdumieni rezultatem, wyslawiać będą we właściwym im żargonie zręczność i odwagę lekarza. Co zaś do rękoczynów bardziéj trudnych, mianowicie operacyj krwawych, mających się dokonać czy to na matce czy na dziecku, postępowanie musi być odmienném. Tutaj potrzeba się naradzić z rodziną: przedstawić całe niebezpieczeństwo, w razie pewności o mniéj więcéj dobrych rezultatach operacyi, wysłuchać nawet modlitwy jakiegoś poważanego „Szeika", a w każdym razie, dla zmniejszenia odpowiedzialności, zaprosić paru innych kolegów.

Taki stan położnictwa na Wschodzie, nie może być inaczéj nazwany, jak tylko opłakanym, a zatém i przedstawiającym bardzo wiele do życzenia. Wyrwać jednak pełną przesądów ludność z téj nieskończonéj ilości warunków, wszystkich bez wyjątku szkodliwych dla sprawy reprodukcyi; postawić kobiety w dobrych warunkach, wymaganych przez sztukę położniczą, to kłopot niezmierny i którego usunięcie nie jest tu łatwém. Jednakże uwzględniając wykazane punkta dotyczące ogólnych zwyczajów, ciąży, porodu i połogu, do polepszenia ich warunków, jeden, mojém zdaniem, przedstawia się tu środek. Jestto pośrednictwo fachowo wykształconych kobiet. Pole bowiem, jakie przedstawia dla kobiet lekarzy społeczeństwo wschodnie, z tajemniczością i prawną niedostępnością swych haremów, jest tak obszerne, posiadające tak bogate źródła do przeprowadzenia doświadczeń, że jeżeli gdzie, to tutaj mianowicie działalność kobiety może wywrzeć istotnie wpływ zbawienny. Takiém ożywieni przekonaniem z pewném zadowoleniem i ciekawością powitaliśmy przybycie nad Bosfor kilku wykształconych kobiet, które położywszy sobie za cel uprawę sztuki położniczéj, dawały niejako rękojmię przyszłego polepszenia się ogólnie złych warunków. Koła tureckie przyjęły je z całą szczerością; rząd nawet zwykle niedbały przyrzekł im swe poparcie. Na nieszczęście jednak kilka już upłynęło lat, a dotąd nic jeszcze nie zdolano zrobić. Koledzy płci pięknéj, tacy np. jak p. Monière (Sage-femme de I. Classe), a za nią panna Weissenthaner (laureatka fakultetu paryskiego), osoby wykształcone i zdolne, choć znalazły uznanie w haremach, to jednak w wykonaniu swych filantropijnych projektów spotkały się z rutyną starych koryfeuszów praktyki, dla których wszelka idea postępu zawsze pozostanie martwą tylko literą.

Cóż więc pozostaje do wykonania? Oto ażeby lekarze

chcący oddać istotną usługę krajowi, nie szukali sposobów wyniesienia się w górne sfery nauki akuszeryi, a tylko uzbroiwszy się w skromność i cierpliwość, usiłowali zżyć się niejako z całemi rodzinami, mieć je stale w swéj praktyce, a wtedy zmniejszy się powoli i wstręt zakorzeniony, a i samo zadanie lekarza stanie się łżejszém i korzystniejszém dla ogółu tutejszego społeczeństwa.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

C. k. krajowa Rada zdrowia. Na posiedzeniu dnia 17go stycznia 1882 uchwalono przedstawić czterech lekarzy świetnemu Wydziałowi krajowemu do nagrody za odszczególnienie się przy szczepieniu ochronném od ospy w roku 1881; mianowicie przedstawiono lekarza Witolda Kluczyckiego z Mędrzychowa, lekarza Antoniego Kotowicza z Biecza, Dra Teodora Kaczyńskiego z Brzostka i Dra Stanisława Wnękowicza z Bursztyna.

Na zapytanie c. k. Nadprokuratoryi państwa uchwalono odpowiedzieć, że jakkolwiek w zagranicznych zakładach publicznych używane bywają do gotowania niepobielane miedziane kotły, to wszakże Rada zdrowia nie może obecnie popierać projektu zaprowadzenia niepobielanych kotłów miedzianych do gotowania jadła w c. k. domach karnych we Lwowie, a to głównie z tego powodu, iż najmniejsze zaniedbanie dokładnego oczyszczenia kotłów mogłoby być zdrowiu szkodliwém z powodu, że w naszym kraju lud spożywa przeważnie potrawy kwaśne, jak kapustę, barszcz itd.

Uchwalono oświadczyć się za nadaniem koncesyi na otwarcie apteki publicznéj w Strusowie w powiecie trembowelskim.

Uchwalono oświadczyć się przeciw udzieleniu p. St. K. koncesyi na prowadzenie zakładu wodoleczniczego w kraju, z powodu, iż proszący nie jest uprawnionym do wykonywania praktyki lekarskiéj.

Na posiedzeniu dnia 31 stycznia 1882 uchwalono na opróżnione posady c. k. lekarzy powiatowych w Borszczowie, Myślenicach i ewentualnie w Samborze, przedstawić wys. Prezydyjum c. k. Namiestnictwa odpowiednich kandydatów do nominacyi.

C. k. Namiestnictwo przesłało Radzie zdrowia do zaopinijowania uchwałę Rady m. Lwowa z 10 listopada 1881 w sprawie uregulowania bicia cieląt i jałownika oraz prośbę Magistratu m. Lwowa, aby równe rozporządzenie ze strony c. k. Namiestnictwa dla całego kraju wydaném zostało. Rada zdrowia uchwaliła odpowiedzieć, że waga cielęcia nie może służyć do oznaczenia jego wieku, że ograniczenie bicia jałownika nie może być względami sanitarnemi uzasadnioném, toż samo spożywanie mięsa z starego bydła byle niezchorzałego, nie może być dla zdrowia szkodliwém, że zatém rozporządzenie wzbraniające bicia takich zwierząt w całym kraju nie może być wydaném; w końcu uchwaliła Rada zdrowia orzec, iż ograniczenie bicia za młodych cieląt byłoby ze względów zdrowotnych o tyle wskazaném, że mięso z niedostatecznie rozwiniętych cieląt przed czwartym tygodniem życia jest niesmaczném i zawiera zbyt mało części pożywnych.

Uchwalono oświadczyć się przeciw prośbie Rady gminnéj w Przecławiu w powiecie mieleckim o otwarcie tamże publicznéj apteki.

Na zapytanie c. k. Namiestnictwa uchwalono odpowiedzieć, że istnienie fabryki gotowania i czyszczenia jelit i pęcherzy zwierzęcych na przedmieściu Kneckiém w Kołomyi w domu pod l. 260, a nawet w obrębie miasta w ogóle, jest niedopuszczalném ze względów sanitarnych.

Również uchwalono nie przemawiać za uwzględnieniem rekursu włościanina Ohlaszanego przeciw rozporządzeniu c. k. Starostwa w Krośnie, którém wzbroniono temuż włościaninowi wybudowania grobowca obok kaplicy błogosławionego Jana z Dukli na puszczy zwanéj św. Jana.

Na posiedzeniu dnia 21 marca 1882 uchwalono zażądać bliższych szczegółów w sprawie rekursu gminy m. Starego Sącza przeciw orzeczeniu c. k. Starostwa nakazującemu tejże gminie wybudowanie rzeźni.

Uchwalono jednomyślnie nie popierać prośby lekarza K. o udzielenie mu koncesyi na zakład produkcyi krowianki. Również uchwalono nie przemawiać za nadaniem koncesyi na prowadzenie zakładu wodoleczniczego w mieście Stanisławowie, a to z powodu że ani lokal, ani téż miejscowe stosunki nie odpowiadają celowi.

Uchwalono jednomyślnie oświadczyć się przeciw udzieleniu koncesyi na aptekę publiczną w Tartakowie w powiecie sokalskim. *Dr. Merunowicz.*

(G.) Doroczny Zjazd niemieckiego Stowarzyszenia ochrony zdrowia publicznego, z rzędu dziesiąty, odbędzie się w bieżącym roku w Berlinie w dniach od 4 do 7 lipca. Na porządku dziennym I posiedzenia umieszczono sprawę o użyciu miejskich nieczystości, sprawozdawcą jest prof. Dr. Virchow (z Berlina). Na II posiedzeniu toczyć się będą rozprawy nad higijenicznemi zasadami oceniania wody do picia i użytku domowego. Sprawozdawcami są: Dr. Wolffhügel (z Berlina) i Dr. Ferdynand Tiemann (z Berlina). Ostatnie posiedzenie odbędzie się wspólnie ze Stowarzyszeniem techniki zdrowotnéj, toczyć się będą rozprawy o sztuczném oświetlaniu. Sprawozdawcami są: Dr. Erismann (z Moskwy), prof. Cohn (z Wrocławia) i Inżynijer Herzberg (z Berlina). Dnia 7 lipca członkowie Zjazdu zwiedzą Wystawę higijeniczną, która się ma odbyć w Berlinie w rb. od 1 czerwca do 30 września.

* Staraniem Wydziału lek. w Paryżu obliczono liczbę lekarzy żyjących we wszystkich krajach cywilizowanych. Wynosi ona 182,000. Najwięcéj w stosunku do ludności posiada lekarzy Francyja, bo 26,000, z których 44 jest członkami Izby poselskiéj (na 547 posłów), w Senacie zaś i rozmaitych Radach jeneralnych, powiatowych i gminnych zasiada we Francyi lekarzy 6.700. Z liczby ogólnéj wszystkich lekarzy jest 12.000 ogłaszających rozprawy zawodowe lub piastujących posady nauczycielskie. Najdłużéj żyją lekarze w Anglii. (*W. med. Bl.*)

Statystyka epidemij. W tygodniu od 5 do 11 marca spadła w Krakowie ogólna śmiertelność z 41,3 na 32,5 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 1 (5 z. t.), z odry 0 (1 z. t.), z płonicy 1 (1 z. t.), z błonicy 3 (2 z. t.), z krztuśca 0 (2 z. t.), z duru brzusznego 1 (2 z. t.), z duru osutkowego 2 (2 z t.) z gorączki połogowéj 1 (1 z. t.), z róży 0 (1 z. t.) Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach ospy, 26 duru osutkowego (7 z kryminału, 1 z aresztów, 3 ze szpitalów, 8 z III obwodu, 7 ze wsi). W tygodniu od 5 do 11 lutego umarło z ospy w Wiedniu 9, w Pradze 6, w Paryżu 10, w Petersburgu 8, w Budapeszcie 11, w Warszawie 43. W Madrycie umarło z ospy od 4—11 grudnia 42. Z duru osutkowego umarło w Wiedniu 2, w Petersburgu 18. Odra złagodniała w Chrystyjanii, bardziéj się rozszerzyła w Wiedniu, Paryżu i Kopenhadze.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 5 do 11 lutego umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 34,4; we Lwowie 38,9; w Poznaniu 29,2; w Wiedniu 29,8; w Budapeszcie 40,5; w Pradze 32,9; w Tryjeście 39,9; w Berlinie 24,2; w Wrocławiu 27,3; w Gdańsku 24,7; w Mnichowie 28,4; w Dreźnie 23,5; w Lipsku 21,3; w Bazylei 22,0; w Brukseli 25,2; w Amsterdamie 25,2; w Paryżu 31,7; w Kopenhadze 27,2; w Stokholmie 22,3; w Chrystyjanii 20,8; w Petersburgu 37,6; w Odesie 31,6; w Wenecyi 28,1; w Bukareszcie 30,2; w Madrycie 44,1; w Aleksandryi 30,2; w Nowym Yorku 32,7; w Filadelfii 32,7; w Bombaju 30,1. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 marca. Dr. Stanisław Paszkowski, prymaryjusz szpitala św. Łazarza i wiceprezes Tow. Lek. naszego, od dni kilkunastu złożony jest ciężką niemocą, bo durem wysypkowym i to skutkiem zarażenia się w szpitalu. Jeżeli choroba zacnego ze wszech miar kolegi i ulubionego lekarza napełnia smutkiem wszystkich kolegów, to z drugiéj strony pocieszającemi w smutku są objawy ogólnego współczucia, sięgającego daleko poza koła lekarskie, a które dowodzą, że publiczność umie cenić należycie poświęcenie lekarza.

* Przed 12 dniami prof. Madurowicz wykonał w szpitalu św. Łazarza owaryjotomiję na kobiecie lat 30 i kilka liczącéj ze skutkiem nader pomyślnym, pomimo, że zachodziła potrzeba wycięcia obydwóch jajników. Operowana ma się zupełnie dobrze i wcale nie gorączkowała.

* D. 25 marca prof. Adamkiewicz w zakładzie swoim w obecności prezesa Akademii i kilkunastu profesorów Wydziału lek. i filozoficznego miał wykład demonstracyjny o hypnotyzmie i na odpowiedniém medium, słuchaczu medycyny, wykazał, że przez trwałe i jednostajne pobudzenie pewnych przyrządów zmysłowych można wywołać rodzaj snu, w którym samowiedza nie znika w zupełności, że przez pewne manipulacyje można wywołać u zhypnotyzowanego ruchy w pewnym kierunku, a z drugiéj strony można wywołać porażenie polowicze nadto i afazyję, jeżeli manipulacyje ograniczają się do lewéj połowy głowy.

* Drowie Talko i Wicherkiewicz przyjęli współpracownictwo w czasopiśmie *Revue générale d'Ophthalmologie* i upraszają kolegów o nadsyłanie odbitek z artykułów i prac treści okulistycznéj, drukowanych w języku polskim. Dr. J. Talko (w Warszawie) referować będzie z pism warszawskich, Dr. B. Wicherkiewicz (w Poznaniu) z pism wychodzących w Galicyi i w W. Ks. Poznańskiém.

* Otrzymaliśmy broszurę Dra Kunzego w Hali o zdroju wody gorzkiéj Franciszka Józefa w Budapeszcie, omawiającą historyję zdroju, stosunki geologiczne okolicy, skład chemiczny wody według rozbioru Fehlinga, zdania o wartości wody, wypowiedziane przez znakomitych chemików, jak Poggialego, Boutmyego i innych, oraz działanie fizyjologiczne i lecznicze. Woda ta uzyskała uznanie lekarzy praktycznych w wielu krajach europejskich, a śród świadectw załączonych spotykamy się z podpisami protomedyka Biesiadeckiego, i dyrektora Głowackiego we Lwowie, Drów Warschauera w Krakowie, Kaczorowskiego w Poznaniu i Aptego w Warszawie.

* Dr. Witold Jaroszyński od d. 1 maja rb. ordynować będzie w Karlsbadzie.

* **Wiedeń**. Towarzystwo lekarskie na posiedzeniu dorocznem wybrało przewodniczącymi proff. Billrotha, Gustawa Brauna i Strickera, sekretarzem docenta Chiarego a trzymającymi pióro docentów Mikulicza i Urbantschitscha; członkami honorowymi zaś wybrało Dra Chrastinę we Wiedniu, oraz proff. Eulenburga i Landoisa w Gryfii.

* **Berlin**. Proff. Gerhardt, Kussmaul, Leyden i Seitz zwołują pierwszy Zjazd dla medycyny wewnętrznéj do Wiesbadenu na d. 19—22 kwietnia rb. Zjazd zagai Frerichs, poczém pp. Leyden i Rosenstein zdadzą sprawę z patologii nerek, a pp. Liebermeister i Riess ze sposobu leczenia przeciwgorączkowego; póżniéj nastąpią wykłady i demonstracyje. Biorący udział w Zjeździe płacą 15 marek i zgłaszają się do prof. Seitza w Wiesbadenie.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń**. Do Komisyi, mającéj uczynić wnioski co do kandydatów na katedrę opróżnioną po Ducheku, należą proff. Bamberger, Albert, Widerhofer, Karol Braun, Meynert i Kundrat. — Na wniosek prof. Arlta Wydział lekarski postanowił jednogłośnie i śród oklasków prosić Ministerstwa o udzielenie dyplomu honorowego doktora medycyny profesorowi chemii lekarskiéj Ernestowi Ludwigowi. Uchwała ta przyjętą została radośnie przez wszystkie czasopisma fachowe, a kto tylko miał sposobność poznania prof. Ludwiga przyklasnąć musi aktowi, który od r. 1865, to jest od jubileuszu 500-letniego istnienia Uniwersytetu wiedeńskiego, po raz pierwszy się ponawia, uznającemu niepospolite zasługi młodziutkiego i zacnego profesora. Ludwig urodził się w Szlązku austr., uczęszczał na Wydział lek. we Wiedniu i był ulubieńcem Skody; mając jednak zamiłowanie do chemii, przeszedł na Wydział filozoficzny, zkąd przed 8 laty wezwany został na profesora chemii lek. — **Praga**. Zastępstwo po Klebsie obejmie prawdopodobnie prof. Eppinger. — **Berlin**. Docent prywatny Dr. Bernhardt mianowany został prof. nadzw. — **Wrocław**. Prof. Fritsch mianowany został radzcą lek. i członkiem rady lek. prowincyi szlązkiéj. — **Monachijum**. Habilitowali się Drowie Maks. Stumpf z ginekologii i Oskar Eversbusch z oftalmologii. — **Gietynga**. W kwietniu rb. prof. Henle obchodzić będzie 50-letni jubileusz dotktorski. — **Petersburg**. W d. 27 kwietnia rb. prof. Botkin obchodzić będzie jubileusz doktorski 25 letniego zawodu nauczycielskiego.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktorów w. n. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Mikołaj Buzdygan z Morawicy w Krakowskiém, August Kryształowicz z Pogwizdowa w Galicyi i Felicyjan Raymund Perski ze Sambora.

* **Nekrologija**. W Erlandze umarł prof. Wintrich, znany badacz w zakresie dyjagnostyki fizycznéj; bliższych szczegółów o jego żywocie czasopisma niemieckie nie podają.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 11: Korczyńskiego: Uwagi i spostrzeżenia kliniczne I Zapalenie płuc pierwotne z naciekiem surowiczym (c. d.). W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 12: Malinowskiego: Kilka przypadków wzajemnych powikłań wysypek ostrych u dzieci; Sokołowskiego: O suchotach płucnych przymiotowych (c. d.). W *Medycynie* Nr. 12: Korczyńskiego: Uwagi i spostrzeżenia kliniczne I Zapalenie płuc pierwotne z naciekiem surowiczym (c. d.); Buszyńskiego: Tętniak aorty wstępującéj

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. SZEPAROWICZ (we Lwowie): Przyczynki do kazuistyki chirurgicznéj. Część II. (Osobne odbicie z Przeglądu Lek.) in 8vo str. 114. Kraków 1882.

Siebzehnter Jahresbericht 1881 über die Wirksamkeit der Dr. Jany'schen Augenklinik in Breslau. Breslau 1882, in 8vo str. 28.

Prof. FRESENIUS: Chemische Analyse des Oberbrunnens zu Salzbrunn in Schlesien. Wiesbaden 1882, in 8vo str. 24.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę dn. 5go kwietnia w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém kol. prof. Korczyński mówić będzie „o zwyrodnieniu włóknistém tkanin.“

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie posiedzenie we wtorek d. 4 kwietnia 1882 r. o godz. 5 po poł. w Sali Akademii umiejętności, na którém Dr. Ściborowski odczyta „Pogląd na ruch i postęp w zdrojowiskach krajowych w r. 1881,“ oparty na sprawozdaniach ze zdrojowisk nadesłanych, a prof. Dr. Olszewski poda wiadomość „o składzie chemicznym wody mineralnéj w Głębokiém.“

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 8 kwietnia 1882. № 14. Rok XXI.

I. Zapiski kazuistyczne z prosektoryjum anatomii patologicznéj.

Podał Prof. **Browicz.**

W obec znaczniejszego materyjału, jakim prosektoryjum anatomii patologicznéj Uniw. Jagiell. rozporządza — liczba sekcyj wynosi bowiem przeciętnie 800—900 rocznie — zamiarem moim dawniéj już było składać coroczne sprawozdania, które z wielu względów mają rzeczywistą wartość i tworzyć mogą przyczynek wyjaśniający niejednę sporną i wątpliwą kwestyję. Zamiar ten jednakże z rozmaitych powodów nie przyszedł do skutku, postanowiłem więc na razie ograniczyć się do sprawozdań kazuistycznych w formie zapisków ciekawszych i rzadszych przypadków w téj myśli, że bodaj mały pożytek przynieść one mogą.

I.

Forma zołzowa gruźlicy u mężczyzny 45-letniego.

Mężczyzna dosyć dobrze zbudowany, bardzo znacznie wychudły; skóra blada; podściółka tłuszczowa zanikła; brzuch zapadły; około kostek na nogach nieznaczna puchlina podskórna. Gruczoły limfatyczne na szyi i w pachwinach wielkości orzecha tureckiego, twarde, okazują się na przekroju prawie jednolicie zserowaciałe, leżą luźnie wśród tkanki podskórnéj, nie zrośnięte z częściami sąsiedniemi.

Czaszka i mózg nie przedstawiają zmian. Po otwarciu klatki piersiowéj widać gruczoły limfatyczne śródpiersia przodkowego powiększone, niektóre wielkości orzecha włoskiego, twarde, zbite, na rozkroju jednostajnego, białawego wejrzenia, suche. Tkanka łączna śródpiersiowa przerosła, zbitsza, otacza zwyrodniałe gruczoły.

W jamie opłucnowéj lewéj znajduje się blizko 1 litr cieczy surowiczéj, mętnéj, nieliczne płatki włóknikowe zawierającéj. Opłucnowe powierzchnie obie po téjże stronie mianowicie w częściach górnych émе, naczynia nastrzykane, pokryte cienkim nalotem wypociny włóknikowéj. Oba płuca głównie w częściach dolnych błoniastemi zrostami przyczepione do klatki piersiowéj, przedewszystkiém po stronie prawéj.

Powierzchnia worków opłucnowych, mianowicie część ścienna i przeponowa, zasiana licznemi częścią szarawemi, przeświecającemi, częścią białawo-żółtawemi guziczkami, wielkości ziarna maku do wielkości główki szpilki, odosobnionemi lub w kępy skupionemi. W obu płucach wśród miąższu we wszystkich częściach powietrznego, przekrwionego (w dolnych i tylnych częściach w znaczniejszym stopniu), surowiczo obrzękłego, rozsiane nader liczne guziczki tego samego wejrzenia i jakości co na opłucnéj, około oskrzeli nadto w niektórych miejscach nacieki serowate wielkości ziarna grochu. W oskrzelach zmiany nieżytowe.

Gruczoły oskrzelowe, okołotchawicowe i śródpiersia tylnego powiększone i zserowaciałe przedstawiają to samo wejrzenie co gruczoły szyjne, pachwinowe i śródpiersia przodkowego.

Błona śluzowa tchawicy nastrzykana, pokryta obfitym, gęstym śluzem; błona śluzowa krtani blada.

Powierzchnia worka sercowego zasiana, zwłaszcza w miejscach zrostów z opłucnemi, licznemi guziczkami jak na opłucnéj. W worku osierdziowym kilkadziesiąt gramów płynu surowiczego. Serce prawidłowéj wielkości. Tkanka tłuszczowa podosierdziowa zanikająca tworzy pokład galaretowatego wejrzenia. W jamach serca nieliczne, świeże skrzepy. Śródsierdzie prawidłowego wejrzenia, mięsień blady, wiotki. Wśród ścian komórki lewéj, a mianowicie w przegrodzie, znajduje się kilka drobnych guziczków białawych.

W jamie brzusznéj jelito cienkie, ułożone w bocznych i dolnych częściach, pozostawia wolną środkową część krezki, w któréj znacznie powiększone gruczoły niemniéj zaotrzewnowe tworzą obrzęk podłużny o guzowatéj powierzchni, zaledwie nieco przesuwalny, wsuwający się do jamy brzusznéj, który już przez powłoki brzuszne wyczuć było można. Otrzewna tak ścienna jakotéż jelitowa pokryta licznemi,

drobniutkiemi, szarawemi lub żółtawemi guziczkami, gdzieniegdzie nastrzykana i cienkim nalotem włóknikowym pokryta; w jamie brzusznéj mała ilość cieczy mętnéj. Sieć wielka skurczona, zgrubiała, zawiera takież same liczne guziczki. Między wątrobą, okrężnicą poprzeczną, żołądkiem, śledzioną i przeponą istnieją liczne, dość silne zrosty.

Wątroba tłuszczowego wejrzenia, niedokrewna, krucha zawiera wyraźne, dosyć liczne, szarawe, drobniutkie guziczki.

Gruczoły limfatyczne przy wnęce wątroby około więzadła dwunastnico-wątrobowego wielkości orzecha laskowego, zserowaciałe, suche, zbite.

Wśród miąższu śledziony miernie powiększonéj, któréj torebka zgrubiała i włóknistemi wyniosłościami pokryta, złogi serowate wielkości ziarna grochu.

W nerkach obu niedokrewnych, prawidłowego zresztą wejrzenia, tkwią drobne szarawe lub białawe guziczki przez torebkę cienką widoczne, wśród istoty korowéj tkwiące.

Nadnercza prawidłowe.

Gruczoły około trzustki okalające jéj część głowową, znacznie powiększone, tworzą obrzęk wielkości pięści łączący się z owym podłużnym obrzękiem, powstałym ze zwyrodniałych gruczołów krezkowych i pozaotrzewnowych, przedstawiające takież same zmiany, a mianowicie rozległe, prawie jednolite, zserowacenie, są z tylną ścianą żołądka silne zrośnięte.

W części odźwiernikowéj żołądka, w tylnéj ścianie i więcéj ku górze, w odległości około 6cm. od samego odźwiernika znajduje się szczelinowaty otwór o brzegach cienkich, strzępiastych, który prowadzi do jamy za żołądkiem położonéj, z rozpadłego i zropiałego gruczołu limfatycznego powstałéj, wielkości orzecha włoskiego, wypełnionéj cieczą brudną, szaro-czerwoną. Ścianę téj jamy tworzy masa serowata, rozmiękła. Błona śluzowa żołądka zgrubiała, rozpulchniona, szarawo-zabarwiona, na szczytach fałdów nastrzykana i wybroczynami zasiana, pokryta grubą warstwą śluzu z przymieszką osadu brunatno-czarnego do fusów podobnego. Ściana żołądka tylko w miejscach zrostów z obrzękiem gruczołowym przedstawia się zgrubiałą, w innych częściach prawidłową.

W jelicie cienkiém mierna ilość brunatnéj, mazistéj treści obok kału płynnego w dolnych częściach. Błona śluzowa gładka, blada, gdzieniegdzie nastrzykana. Gruczoły odosobnione powiększone, tworzą guziczki wielkości ziarna prosa i większe, białawo-żółtawe. Nigdzie jednak nie ma śladów owrzodzeń lub nacieków rozleglejszych.

Jelito grube nie przedstawia zmian. Gruczoły krézkowe należące do jelita cienkiego jakotéż podotrzewnowe przedstawiają rozległe zserowacenie, dosięgają wielkości orzecha włoskiego.

Układ kostny nie przedstawia zboczeń.

Przypadek ten przedstawia nam obraz zmian tak często napotykanych u dzieci i osób młodych, a nader rzadko u osób starszych. Badanie mikroskopowe wykazało również tożsamość zmian ze znanym obrazem, jaki gruczoły limfatyczne w poszczególnych okresach zmian gruźliczych przedstawiać zwykły.

Powinienem w końcu usprawiedliwić nazwę: forma zołzowa gruźlicy, jaką temu przypadkowi nadałem, uczynię to na innem miejscu, tu nadmienię tylko, iż podzielam zdanie tych, którzy uważają zołzy a gruźlicę jako jednę i tę samą sprawę chorobową, różnice zaś pomiędzy niemi istniejące jako wynik różnicy fizyjologicznéj pomiędzy ustrojem dziecięcym a dorosłego człowieka.

II.

Otwór stolcowy nieprawidłowy wewnętrzny u noworodka.

Przypadek niniejszy nader interesujący zawdzięczam kol. Żuławskiemu, który preparat pochodzący ze sekcyi sądowéj zakładowi darował. Preparat ten pochodzi z noworodka płci męzkiéj, który żył tylko kilka godzin.

Noworodek zewnętrznie przedstawiał zupełnie prawidłową budowę i stopień rozwoju odpowiadającego ósmemu miesiącowi ciąży. Czaszka i treść téjże jakotéż klatka piersiowa przedstawiały stan prawidłowy. Po otwarciu jamy brzusznéj znaleziono w niéj około dwóch łyżek cieczy przedstawiającéj wszystkie tak makroskopowe jakotéż mikroskopowe cechy smołki. Po usunięciu smołki ukazała się jednolita błona pokrywająca trzewa, szarawa, pokryta osadami białawéj lub żółtéj, miękkiéj masy, dzieląca jamę brzuszną na dwie części, przodkową, w któréj się smołka znajdowała, jakotéż tylną mieszczącą trzewa brzuszne. Po przekrojeniu téj błony milimetrowéj grubości, w linii środkowéj ukazały się dopiero trzewa poprzyczepiane do tylnéj powierzchni téj błony wiotką tkanką łączną, podobne zrosty istniały pomiędzy pętlami jelita. Pomiędzy pętlami znajdowała się bardzo mała ilość istoty galaretowéj, szarawéj. Błona ta była w rozległości 2cm. zrośnięta z brzegiem wątroby na całéj swéj powierzchni przyrośniętéj do ściany brzusznéj. Tak w górnéj jakotéż w dolnéj swéj części błona ta była w ścisłym związku ze ścianą brzuszną, a raczéj otrzewną wyścielającą ją. Żołądek prawidłowo ułożony, jelita cienkie jakotéż jelito ślepe przedstawiały układ odpowiadający czasowi, w którym przy nierozwiniętéj jeszcze należycie części wstępującéj okrężnicy jelito ślepe jest ruchome i tworzy z jelitem cienkiém jeden zwój. Okrężnica poprzeczna i zstępująca prawidłowo ułożona, odbytnica na 3cm. od ujścia przedstawiała zgięcie kolanowate pod kątem prawie prostym. Jelito grube bezkrezkowe przylegało ściśle do ściany brzusznéj. Część ujściowa odbytnicy węższa, część powyżéj zgięcia kolanowatego rozszerzona, szczególnie ściana téj części dolna uchyłkowato wypuklona, w skutek czego wytworzył się rodzaj fałdu zastawkowego zwężającego w części wierzchołkowéj zgięcia światło odbytnicy, tak iż sonda wprowadzona od góry utyka na tém miejscu.

Po stronie lewéj wśród téj błony dzielącéj jamę brzuszną na dwie części znajduje się otwór owalny, poprzeczny do osi jelita, prowadzący do jelita grubego, a mianowicie części zstępującéj w przodkowéj ścianie tegoż znajdujący się. Brzegi tego otworu utworzone z błony śluzowéj wywiniętéj na zewnątrz i w kształcie obrąbka okalającéj brzeg zrośnięty z ową błoną wrzekomą. Nieco w głębi tego otworu widać fałd poprzeczny od tylnéj ściany jelita wysuwający się ku otworowi, w skutek czego ujścia części górnéj i dolnéj jelita są odgraniczone. Część ta jelita przedstawia obraz odpowiadający w zupełności wejrzeniu otworu stolcowego nieprawidłowego, fałd ów poprzeczny z głębi wysuwający się przedstawia ostrogę, jaką tylna ściana w przypadkach takich tworzy. Jelito grube w całym swym przebiegu jest zupełnie drożne. Powyżéj tego otworu zrosty błoniaste, włókniste pomiędzy jelitem a częściami sąsiedniemi dosyć znaczne, nie tamują jednakże drożności. Tak sonda jakotéż woda wstrzyknięta przechodzą z wszelką łatwością.

Tym otworem, przedstawiającym wszystkie cechy otworu stolcowego nieprawidłowego ale wewnętrznego, dostawała się smołka do jamy brzusznéj i wznieciwszy proces zapalny wywołała wytworzenie się owych zrostów i błony wrzekoméj.

Nasuwa się teraz pytanie w jaki sposób owa nieprawidłowa komunikacyja pomiędzy jelitem a jamą brzuszną powstała.

Otwór ten w ścianie jelita uważam w każdym razie jako wynik zmiany patologicznéj, jako zboczenie nabyte a nie w ścisłém tego słowa znaczeniu utworowe.

Położenie otworu tego w części jelita tak rychło ulegającéj zamknięciu, wywinięcie błony śluzowéj obrąbek brzegowy tworzącéj przemawiają przeciwko zboczeniu ściśle utworowemu. Prawidłowe wejrzenie błony śluzowéj tworzącéj ów obrąbek przemawia przeciwko powstaniu otworu tego w skutek destrukcyjnego procesu i następowego przebicia ściany.

Łatwo natomiast wytłumaczymy sobie powstanie otworu, jeżeli zwrócimy uwagę na konfiguracyję odbytnicy jakotéż bezkrezkowość jelita grubego. W skutek ścisłego przylegania jelita grubego do ściany brzusznéj i owego zgięcia kolanowatego odbytnicy rozszerzanie się jelita w miarę gromadzenia się smołki było niemożebném, a przynajmniéj ściany ulegały znacznemu naprężeniu. Następstwem tego napięcia było pęknięcie przodkowéj ściany jelita grubego.

Zmiany około szczeliny pęknięcia jakotéż w jamie brzusznéj w postaci zrostów i błon wrzekomych są dopiero następstwem i wynikiem wpływu smołki dostającéj się do jamy otrzewnéj. Smołka jako produkt powstały zdala od wszelkich wpływów szkodliwych i wolny od wszelkich domieszek infekcyjnie na ustrój działających wywarła tu taki sam wpływ, jaki wywiera niekiedy żółć fizyjologiczna, wolna od domieszek patologicznych, dostająca się do jamy otrzewnowéj, jak to w przypadku Cohnheima (*Allg. Patholog.* t. II p. 72) było, w którym po pęknięciu urazowém przewodu wątrobowego żółć sączyła się do jamy brzusznéj. Kilkakrotnie przez nakłócie wydalano znaczniejsze ilości żółci z jamy brzusznéj, przyczem istniały objawy żółtaczki. Późniéj po kilku miesiącach zniknęła żółtaczka a przy sekcyi chorego, zmarłego w skutek przypadkowego cierpienia, znaleziono całą powierzchnię trzewową i ścian brzusznych pokrytą brunatną błoną nowowytworzoną, która chroniła ustrój w późniéjszym czasie od resorpcyi żółci przez powierzchnię otrzewnową. Przypadki takie popierają wreszcie zdanie tych, którzy utrzymują, że do wywołania zapalenia ropnego nie wystarczają zwykłe wpływy mechaniczne, termiczne lub chemiczne ale że do tego potrzebne są odrębne warunki, a mianowicie wpływ istot w ścisłém tego słowa znaczeniu infekcyjnie działających.

II. Rozbiór chemiczny i wartość spożywcza roztworu mięsnego peptonowego Dra Jaworskiego (*Solutio carnis peptonisata simplex et composita.*)

Podał J. Modelski.

Świeżo ukazał się w handlu pokarm dla chorych pod nazwą: Roztwór mięsny peptonowany (*Solutio carnis peptonisata simplex et composita*) Dra Jaworskiego. Roztwór ten jest z wejrzenia zupełnie podobny do tego, jaki otrzymamy przez przyrządzenie pożywki peptonowéj podług tegoż autora, a podanéj w r. zeszłym w Przeglądzie Lekarskim. Gdy jednak Dr. Rejchmann w swych „Poszukiwaniach nad sztuczném trawieniem“ (*Gazeta Lekarska* T. 1, Nr. 33) pisze, że roztwór podług tego przepisu zrobiony nie zawiera wcale peptonu, postanowiłem uskutecznić rozbiór chemiczny tego nowego artykułu handlowego.

Roztwór mięsny peptonowany prosty (*Solutio simplex*), taki, jaki się w handlu znajduje, jest barwy czokoladowéj, woni przyjemnéj, smaku słabo kwaśnego, papierki lakmusowe niebieskie słabo czerwieni, na zimno jest gęstawy, cięż. gat. przesączu 1.054 przy 17°C.; jedna flaszka mieści około 700ctm. sz.. Roztwór ten wcale się nie sączy przez bibułę; aby więc oddzielić zawiesinę, podzieliłem treść flaszki na dwie połowy; jednę połowę rozcieńczyłem wodą wrzącą przekroploną do objętości dwóch litrów i przesączyłem przez bibułę, drugą połowę zachowałem do rozbiorów ubocznych i do kontroli. Ciecz przesączona miała barwę żółtawą, nieco opalizującą, a względem odczynników zachowywała się w następujący sposób:

Węglan sodowy daje osad biały w nadmiarze rozpuszczalny. Sól kuchenna daje osad biały, w roczczynie rozcieńczonym zmącenie.

Kwas azotowy sprawia osad biały, w nadmiarze odczynnika rozpuszczalny barwą żółtą.

Molibdenian amonowy sprawia osad biały w amonijaku rozpuszczalny.

Odczynnik Millona daje osad biały, a ciecz barwi się coraz silniéj różowo. Sól glauberska zachowuje się tak samo jak sól kuchenna. Siarkan miedziowy i ług sodowy sprawiają zabarwienie fijoletowe. Kwas octowy i żelasinek potasu sprawiają osad biały. Kwas pikrynowy daje osad rozpuszczalny w amonijaku. Tanin daje osad biały, zwłaszcza za dolaniem rozczynu soli kuchennéj.

Oddziaływania powyższe wskazują tylko obecność ciał białkowatych, peptonu zaś nie. Przy otrzymywaniu peptonu z włóknika dostrzegłem, że w rozczynie peptonu, do którego dodano parę kropli siarkanu miedziowego, za dodaniem ługu sodowego występuje charakterystyczne zabarwienie różowe podobne do barwy soli kobaltawych, przez dodanie jednak małéj stosunkowo ilości ciał białkowatych przejściowych lub po dodaniu większéj ilości siarkanu miedziowego barwa ta różowa nie występuje, lecz natomiast barwa fijoletowo-niebieska pomimo obecności peptonu. Przy badaniach w celu wykrycia peptonu należy przeto wprzód wszystkie inne ciała białkowate wydalić i dopiero w rozczynie wolnym od tychże śledzić pepton. Dr. Rejchmann nie uwzględnił tych ciał przejściowych białkowatych, lecz śledząc w mięszaninie tychże wprost pepton, obecność tegoż przeoczył.

Rozbiór jakościowy.

W celu wykrycia peptonu strąciłem sposobem E. Salkowskiego, t. j. za pomocą soli kuchennéj i kwasu octowego, wszystkie ciała białkowate; przesącz otrzymany nie dawał z żelasinkiem potasu żadnego osadu, natomiast silny osad z taninem, a z siarkanem miedziowym za dolaniem ługu sodowego zabarwienie rozczynu różowe, które to zachowanie się charakteryzuje pepton, z czém się Dr. Rejchmann zgadza. Ciecz pierwotną strąciłem węglanem sodowym, osad ten rozpuszczony w wodzie zachowuje się w obec odczynników zupełnie jak rozczyn syntoniny; daje z kwasem octowym i z żelasinkiem potasu osad biały, z taninem również. Ciecz od osadu syntoniny oddzieliłem rozczynem E. Salkowskiego, osad rozpuszczony zachowywał się w obec odczynników jak propepton Schmidt-Mühlheima (*Malys*, *Jahresberichte* 1881), daje bo-

wiem z kwasem octowym i solą kuchenną osad, który częściowo po zagotowaniu znika, a po oziębieniu napowrót występuje; kwas azotowy daje osad biały po ogrzaniu rozpuszczalny barwą żółtą, a po oziębieniu wydzielający się napowrót, z siarkanem miedziowym i z ługiem sodowym daje zabarwienie fijoletowe. W roztworze peptonowanym wykryłem więc syntonin, propepton i pepton. Ze znanych metod do oddzielania tych ciał uznałem za najlepszą metodę E. Salkowskiego, któréj on używa do jakościowego oddzielania ciał białkowatych we krwi (*Ztschrft. f. anal. Chem. v. Fresenius*, 1881, s. 316). Metoda E. Salkowskiego nieco tylko zmieniona wydaje bardzo dobre rezultaty. Rozczyn do strącania używany składa się z 81.4ctm. sz. rozczynu zgęszczonego soli kuchennéj i z 18.6ctm. sz. kwasu octowego 30%. Rozczynu tego daje się do cieczy badanéj podwójną objętość, dodając na 50ctm. sz. jeszcze 25gm. soli kuchennéj krystalicznéj. Propepton, jakotéż w ogóle ciała białkowate z wyjątkiem peptonu zostają strącone, w przesączu znajduje się cała ilość peptonu, odparowawszy więc do suchości można z otrzymanéj pozostałości całą ilość peptonu wyciągnąć znaczniejszą ilością wyskoku, gdyż okazał się w nim rozpuszczalny Ukończywszy badania wstępne tak w cieczach z włóknika otrzymanych, jakotéż i w samym roztworze peptonowanym przedsięwziąłem badanie ilościowe.

Rozbiór ilościowy.

A) Oznaczenie syntoniny. Z cieczy pierwotnéj przesączonéj odmierzyłem 100ctm.sz,. i dodawałem po kropli rozczynu węglanu sodowego, dopóki tylko osad się tworzył, kłóciłem mocno, pozostawiłem potém pewien czas w spokoju, aby się ciecz wyjaśniła, a to gdy nastąpiło, przesączyłem ciecz przez sączek z bibuły szwedzkiéj, wymyty kwasem solnym a odważony przy 120°C. Osad na sączku wymyłem wodą przekroploną, następnie wysuszyłem w ciepłocie 120°C., i zważyłem; po odważeniu tygiel z osadem wyżarzyłem, aby ciała organiczne zupełnie spalić a z ubytku otrzymałem ilość syntoniny.

Tygiel + osad + sączek	= 16.590gm.
„	= 0.619gm.
Tygiel + osad	= 15.971gm.
Tygiel po spaleniu	= 15.833gm.
W 100ctm.sz. jest syntoniny:	0.138gm.

A zatém w całéj flaszce wynosi ilość syntoniny 0.138 × 20 × 2 = gm. 5.52. Ciecz od osadu syntoniny odsączona służy do dalszego oznaczenia propeptonu i peptonu.

B) Oznaczenie propeptonu. Odmierzywszy drugie 100ctm. sz. z cieczy pierwotnéj strąciłem w nich propepton i syntoninę rozczynem E. Salkowskiego i dodałem jeszcze do cieczy 50gm. soli kuchennéj krystalicznéj, kłóciłem we flaszce przez 10 minut, poczém odstawiłem na bok. Gdy się ciecz wyjaśniła, odsączyłem, osad na sączku wymyłem tym samym rozczynem Salkowskiego i myłem dopóty, dopóki tylko przesącz zabarwiał się na różowo za dodaniem siarkanu miedziowego i ługu sodowego. Sączek z osadem wysuszyłem przy 120°C., zważyłem, poczém spaliłem i otrzymałem z ubytku ilość syntoniny i propeptonu. Odciągnąwszy ilość syntoniny otrzymaną w *A)* znalazłem ilość propeptonu.

Tygiel + osad + sączek	= 20.200gm.
„	= 0.683gm.
Tygiel + osad	= 19.517gm.
Tygiel po spaleniu	= 18.340gm.
Syntonina + propepton	1.177gm.
Syntonina	0.138gm.
Propepton	= 1.039gm. w 100ctm.

sz. w całéj flaszce wynosi ilość propeptonu 1.039 × 20 × 2 = 41.56gm.

C) Oznaczenie peptonu. Ciecz od osadu poprzedniego odsączoną odparowałem w łaźni wodnéj prawie do suchości, poczém wytrawiałem dopóty wyskokiem 90%, który pepton tam będący rozpuszczał, dopóki próbka, z której wyskok odparowano, nie przestała się z taninem mącić a z siarkanem miedziowym i ługiem sodowym przybierać zabarwienia różowego. Gdy to nastąpiło, odparowałem wyskok na łaźni wodnéj, pozostałość zmyłem do miseczki platynowéj, odparowałem do suchości, wysuszyłem przy 120°C. i zważyłem, potém spaliłem i znów zważyłem. Z ubytku otrzymałem ilość peptonu.

Miseczka plat. i osad	= 45.095gm.
„ po spaleniu	= 43.968 „
W 100ctm. sz. jest peptonu	1.127gm.

w całéj flaszce wynosi ilość peptonu 1.127 × 20 × 2 = 45.08gm.

D) Dla oznaczenia ogólnéj ilości ciał organicznych odmierzyłem 10ctm. sz. cieczy przesączonéj, odparowałem w tyglu do suchości, wysuszyłem przy 120°C., zważyłem, potém wyżarzyłem i z ubytku otrzymałem ilość ciał organicznych.

Tygiel i osad	= 16.085gm.
Tygiel po spaleniu	= 15.845gm.
W 10ctm. sz. ciał organ.	0.242gm.

w całéj flaszce wynosi ilość ciał organicznych 0.242 × 200 × 2 = 96.8gm.

Zestawienie: W 700ctm. sz. roztworu mięsnego peptonowanego Dra Jaworskiego znajduje się:

Syntoniny .	5.52gm.	t. j. 0.789%
Propeptonu .	41.56 „	t. j. 5.937 „
Peptonu . .	45.08 „	t. j. 6.440 „
Ciał białkowatych	92.16gm.	t. j. 13.166%
Ciał organicznych	96.80gm.	
„ białkowatych	92.16gm.	
Ciał niebiałkow.	4.64gm.	

Roztwór Dra Jaworskiego jest więc rzeczywiście roztworem mięsnym peptonowanym, bo zawiera 6.44% peptonu Treść białka w jednéj flaszce roztworu (92gm.) nie o wiele jest mniejszą od ilości białka, jaka jest według Voita potrzebną (118gm.) do wyżywienia zdrowego człowieka na jednę dobę. Przeciętnie powinnaby wystarczyć jedna flaszka roztworu dziennie, tém więcéj, jeżeli się użyje roztworu złożonego. Ujemną stroną tego roztworu będzie to, że prawdopodobnie łatwo ulegnie zepsuciu; należy go przeto zawsze świeżo przyrządzać i w zimnie przechowywać. Pożądane byłyby w tym kierunku robione próby, czyby którą z metod służących do konserwowania pokarmów nie udało się téj wadzie zapobiedz.

Muszę jeszcze dodać, że reszta płynu odsączonego, a przechowanego przez 10 dni za oknem w zimnie, przy badaniu siarkanem miedzi (3 krople) i ługiem sodowym (3 krople) dała od razu zabarwienie różowe, co wskazuje zwiększenie się ilości peptonu.

III. Uwagi nad artykułem Dra Wicherkiewicza, umieszczonym w Nrach 10 i 11 Przeglądu Lek.

W sprawie powyższego artykułu otrzymaliśmy następujące uwagi:

1.

W N. 11 Przegl. Lek. kol. Wicherkiewicz opisuje przypadek niezwykłego przebiegu jaskry i skutków irydektomii, a mianowicie iż po wycięciu tęczówki w górnéj części, przy opatrunku po upływie doby, znalazł w worku spojówkowym twarde jądro soczewki, które się wycisnęło z oka „jak pestka ze śliwki“. Zdaniem mojém zdarzyć się to tylko może, skoro irydektomię wykonywamy rozcinając rogówkę szeroko nożykiem Graefego. Fakt ten potrzeba mieć w pamięci, tém bardziéj, że zdarzył się on nie jednemu już operatorowi. Kol. Kramsztyk obserwował zwichnięcie soczewki i zaniechał użycia nożyka Graefego w jaskrze. Pagenstecher miał do czynienia nietylko z wypadnięciem soczewki, lecz nawet ciała szklistego. Przed paru laty operowałem w Lublinie chorą, u któréj na prawém oku było *glaucoma consummatum*, na lewém *gl. incipiens*; zrobiłem irydektomię jednocześnie na obu oczach, w lewém dla powstrzymania rozwoju jaskry (co się též się udało), w prawém dla zmniejszenia bolów w skutek znacznie powiększonego ciśnienia wewnętrznego. Zwykle w tym celu używam nożyka Graefego, operując w górnéj części gałki. Obejrzawszy prawe oko przed nałożeniem opaski zauważyłem w ranie rogówki równikowy brzeg soczewki, która w parę minut wycisnęła się z oka „jak pestka ze śliwki;“ była to przeźroczysta soczewka zamknięta w torebce, poczém wnet powstał obfity krwotok z wnętrza gałki, przeciw któremu musiałem używać lodu i mocnego ucisku. Gałka uległa zanikowi. *Dr. Józef Talko.*

2.

Nie mogąc zgodzić się z tłumaczeniem przebiegu pooperacyjnego w przypadku ogłoszonym przez kolegę Dra Wicherkiewicza w Nrze 10 i 11 Przegl. Lek. pozwalam sobie podać niniejszém uwagi, które mi się pod tym względem nasunęły, w téj nadziei, że szanowny Autor nie weźmie mi za złe objawienia mojego zdania, mającego li tylko wyświecenie prawdy na celu. Zdaniem mojém torebka pękła już podczas operacyi skutkiem nacisku, jaki tylec nożyka Graefoskiego, zwrócony po wykłóciu ku tyłowi, wywrzeć na nią mógł łatwo u choréj bardzo niespokojnéj, w oku o komórce „nadzwyczaj“ płytkiéj i „silném napięciu, które wśród całéj sprawy operacyjnéj trwało.“ Nadzwyczaj niespokojne zachowanie się choréj po operacyi zmusiło następnie jądro, zapewne razem ze znaczną częścią kory, do wystąpienia z oka. Do nieszczęśliwych przygód zrządzonych przez nożyk Graefoski, użyty do irydektomii w jaskrze, przytoczonych przez kolegę Dra Talkę, dodać mogę niestety z własnego doświadczenia przypadek pęknięcia obwódki Zinna z częściowym, bardzo zresztą miernym, wypływem ciałka szklanego, skutkiem czego przyszło następnie do zaćmy i zupełnéj utraty wzroku oka, operowanego z powodu ostréj jaskry zapalnéj. Przypadek ten wydarzył mi się jeszcze w styczniu 187+ r. i zniewolił mnie do porzucenia nożyka Graefoskiego w irydektomii. Takie lub podobne doświadczenia podyktowały zapewne Arltowi słowa: „*Die wenigen Versuche, die ich mit dieser Modifikation angestellt habe, sind gerade nicht zu ihren Gunsten ausgefallen* (Graefe-Saemisch, tom III część I, str. 335 r. 1874) i skłoniły go również do zaniechania używania nożyka Graefoskiego.

Nie mogę nadto zamilczeć jeszcze jednéj uwagi, odnoszącéj się do artykułu kol. Wicherkiewicza. Szanowny autor tłumaczy oczyszczenie się źrenicy po operacyi do tego stopnia, „że około połowy Grudnia“ (a więc w dwa tygodnie po operacyi) „wziernik oddał już nawet obraz jasny dna oka“, „wyjaśnieniem się niezbyt powolném zaćmionéj przez wyjście jądra istoty kory soczewkowéj“. Zgadzam się z kol. Wicherkiewiczem najzupełniéj, że wyjaśnienie się zaćmienia tak rozległego, nie tylko „w tak krótkim czasie“, ale w ogólności, wprawićby musiało każdego w zdumienie, tém bardziéj, że miało ono odbyć się u osoby 50 letniej, a do tego w oku skutkiem jaskry ciężko schorzałém. Tem mniéj za to zgodzić się mogę z przypuszczeniem, że „miejsce powoli w części przynajmniéj zapełniło się nowoutworzonemi cewkami z komórek przytorebkowych“, a jeszcze mniéj z nadzieją, że one „z czasem może zupełnie powstałą próżnię wypełnią“. Nie uciekając się do tak śmiałego przypuszczenia celem wytłumaczenia spostrzeganych zjawisk i nie łudząc się wcale śmielszą jeszcze nadzieją, któréj nawet sam autor z pewném niedowierzaniem się oddaje, wolę w spostrzeżeniu kol. Wicherkiewicza nie upatrywać przypadku, „który podobnego sobie w literaturze nie ma“, a za to tłumaczyć sobie całe zjawisko w sposób bardzo prosty, a zgodny z doświadczeniem nad zaćmą urazową i nad dość częstym przebiegiem po operacyi zaćmy. Zdaniem mojém nie mogło się przy wystąpieniu jądra obejść bez odejścia z oka znacznéj, a może nawet przeważnéj części kory soczewkowéj, pozostałe zaś jéj szczątki zaćmiły się pod wpływem cieczy wodnéj, która mając przez dużą (skoro jądro wyszło) ranę swobodny przystęp i opłókując je obficie sprowadziła ich rozpuszczenie i wessanie, a tém samem takie oczyszczenie się źrenicy w ciągu dwóch tygodni, że badanie wziernikowe mogło się z zupełną odbyć dokładnością. Żałować należy, że kol. Wicherkiewicz nie mogąc oznaczyć refrakcyi za pomocą prób wzroku nie uczynił tego przedmiotowo za pomocą wziernika; stopień bowiem wykazanéj nadmiarowości byłby zapewne wyjaśnił do pewnego przynajmniéj stopnia, czy bardziéj uzasadnioném było przypuszczenie braku soczewki (*Aphakia)*, a tém samém wessania pozostałych szczątków, lub też przypuszczenie, w tym przynajmniéj przypadku zbyt śmiałe, o wyjaśnieniu się, a nawet częściowém odrodzeniu pozostałéj w oku kory.

Prof. Dr. Rydel.

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. Fleischer (we Wrocławiu): **O działaniu naftalinu.**

Autor badał działanie dwóch przetworów (Trommsdorffa w Erfurcie): *naphthalinum purissim. cryst.* i *naph. albissim. resublimatum*, których skuteczność okazała się zupełnie jednaką.

A) Wpływ naftalinu na grzybki pleśniowe.

1) *Penicillum glaucum.* Winogrona i inne owoce umieszczone w powietrzu nasyconém ulatniającym się naftalinem, którym posypało się zwilżone ściany naczynia, nie okazują ani śladu rozwijających się grzybków, mimo dostatecznéj ilości wilgoci i tlenu. Im na większéj powierzchni odbywa się utlenianie naftalinu, tém skutek jest pewniejszy. Dla tego kilka kryształków naftalinu obok siebie ułożonych, ulatniając się powoli, dopiero wtenczas powstrzymują rozwój grzybków, gdy po pewnym czasie nasycą dostatecznie powietrze. Grzybki już do pewnego stopnia wyhodowane obumierają po paru dniach w powietrzu naftalinowém, znikają nareszcie zupełnie, pozostawiając po sobie kropelkę czystéj wody. W ciałach szczelinowatych, np. kawałku zwilżonego chleba,

może się obywać nieznaczny rozwój grzybków w głębszych zaułkach nieprzystępnych dla powietrza naftalinowego. Na powierzchniach zaś równych, jak jarzyn, owoców, moczu, mleka, krwi itp. nigdy się *penicillum gl.*, chociaż należy do grzybków najtrwalszych, nie rozwijało. Z równym skutkiem doświadczał Fischer naftalinu względem innych grzybków, jak

2) *Eurotium aspergillus glaucus,*

3) *Mucor mucedo,*

4) *Mucor stolonifer,*

5) *Phycomyces nitens* i

6) *Oidium lactis.* Warstwa śmietany na mleku narażoném na wpływ naftalinu, nie traciła i po najdłuższym czasie połysku, a pokryta już przed tém grzybkami stawała się znów czystą i błyszczącą po 8—10 dniach.

Jest więc prawdopodobném, że naftalin dla wszystkich grzybkowych tworów, rozwijających się na powierzchni istot organicznych, jest silną i pewną trucizną.

7) Fermentacyi w drożdżach winnych naftalin nie powstrzymywał, ponieważ śluz roślinny, a późniéj wywięzujący się bezwodnik kwasu węglowego, przeszkadzają dostawaniu się gazu naftalinowego do wnętrza. Lepiéj udawały się próby po poprzedniém zwilżeniu ścian naczynia eterycznym roztworem naftalinu. Zupełne powstrzymanie fermentacyi następuje dopiero wtenczas, gdy się powietrze naftalinowe przepędza dłuższy czas (24 godzin) przez drożdże.

8) Łatwiéj powstrzymuje naftalin rozwój grzybków w kiśnieniu octowém.

B) Wpływ naftalinu na schistomycety.

Mocz, znajdujący się pod wpływem ulatniającego się w dostatecznéj ilości naftalinu, nie gnije, bez względu na otaczającą ciepłotę, a gnijący już znów się po pewnym czasie wyjaśnia. Działanie to przeciwprątkowe naftalinu nie jest tak pewne, jeżeli mocz znajduje się w głębokiéj flaszce o wązkiéj szyjce; kryształki naftalinu rzucone do moczu nie powstrzymują gnicia.

Mleko, przez które przepędzano powietrze naftalinowe, nie kiśnie, w stojącém zaś spokojnie mleku warstewka śmietany utrudnia działanie naftalinu. Mleko, poddane poprzednio działaniu naftalinu, krzepnie późniéj całkowicie i jednostajnie, nie wydzielając serwatki wcale, kwas masłowy zaś w nader małéj tylko ilości. Surowica pod wpływem naftalinu i po miesiącach nie zawiera mikrokoków, mikrokoki zaś już istniejące obumierają zupełnie.

Równie dzielny jest wpływ naftalinu na krew i ropę, znajdujące się w cienkich warstwach lub rozcieńczone wodą. Chcąc, aby skrzepy krwi, ciałka ropne i strzępy ropy nie uległy gniciu, trzeba je najdokładniéj rozetrzeć z proszkiem naftalinu. Ponieważ można dowolną ilość proszku naftalinowego posypać na ranę, wydzielina przesączająca się przez warstwę naftalinu ulega antiseptycznemu jego działaniu. Chociażby prątki mogły się rozwijać w zewnętrznych warstwach opatrunku, nie byłyby już dla rany szkodliwe. Fischer używał często oprawy naftalinowéj, przy czém nigdy nie udało mu się wykazać prątków w wydzielinie, która przybiera własności surowicze z małą ilością ciałek ropnych.

Że naftalin działa także na nieuorganizowany zaczyn, sprawiający np. krzepnienie krwi, przemawiałaby okoliczność, że w kilku przypadkach surowica krwi, zmięszana z cieczą ojądrową (po uprzedniém poddaniu obydwóch płynów działaniu powietrza naftalinowego) nie ulegała krzepnieniu. Działanie naftalinu na zaczyn moczowy zdaje się być pewném, bo niszczy jego wpływ na rozkład mocznika.

Naftalin opóźnia, ale nie powstrzymuje gnicia mięsa w kawałach; być może że trzebaby w tym celu rozetrzeć mięso z naftalinem. Gnicia trzustki ani tym ostatnim sposobem nie można było stłumić zupełnie, chociaż naftalin działa w tym względzie silniéj niż jodoform, który i w stosunku do rozwoju grzybków itd. okazuje się mniéj pewnym niż naftalin.

Naftalin niszczy bakteryje barwikowe; niebieska ropa w kilku dniach bieleje, a niebieskie mikrokoki, pojawiające się na śmietanie mleka, nikną szybko.

Prątki butylowe obumierają pod wpływem naftalinu dość szybko.

Ponieważ wziewanie, nawet wielkich ilości gazu naftalinowego, jest stosunkowo nieszkodliwe, skłonił Fischer profesora Kohtsa do wypróbowania środka tego w chorobach narządu oddechowego, którym towarzyszy rozwój mikrokoków, bakteryj i grzybków. Gdy w salach mieszczących dzieci z płonicą i dyfteryją posypywano podłogę i łóżka wielką ilością naftalinu, w ciągu 6 tygodni nie zdarzył się ani jeden przypadek przeniesienia płonicy lub dyfteryi na innych chorych, co przedtém zdarzało się często; natomiast nie widziano żadnéj zmiany na lepsze w chorobach powyższych ani po wziewaniu naftalinu ani po miejscowém jego stósowaniu w postaci maści lub roztworu eterycznego.

C) Wpływ naftalinu na niższe zwierzęta.

Pchły, wszy, mędoweszki nie znoszą naftalinu; wtarcie maści złożonéj z naftalinu i waseliny usuwa świerzb. Muchy, komary, pająki, móle giną w powietrzu naftalinowém.

D) Wpływ naftalinu na wyższe zwierzęta i człowieka.

Wróbel i pies nie okazały najmniejszych zmian skutkiem umieszczenia w powietrzu naftalinowém. Dla ludzi woń naftalinu jest z początku nieprzyjemną, ale daleko znośniejszą niż kwasu karbolowego, a szczególnie jodoformu. Naftalin nie wpływa ani na ośrodki nerwowe, ani na krew; obraz widmowy krwi nie ulega zmianie, toż samo tętno. Wewnętrznie użyty sprawia u psów lekkie rozwolnienie i zmniejsza łaknienie; przeważna część spożytego środka nie ulega wessaniu, część wessana zjawia się w moczu jako czysty naftalin; mocz ma skłonność do ciemnienia, ale nigdy nie czernieje jak skutkiem karbolu. Autor napełniał wielkie świeże rany naftalinem, po czém można było w moczu wykazać obfity osad za dodaniem chlorku barowego (reakcyja Sonnenburga); przypady otrucia nigdy, nawet u dzieci, nie występowały. Jako lek przeciw pasorzytom w przewodzie pokarmowym naftalin, nawet w wielkich dawkach użyty wewnętrznie, okazał się bezskuteczny.

E) Miejscowe działanie naftalinu na rany i skórę.

1) Naftalin nie drażni wcale skóry zewnętrznéj, nie wywołuje ani świądu, ani wyprysku, ani pęcherzy; nie zlepia się z krwią, potem, ropą i łatwo daje się zmyć i spłukać.

2) W ranach nie sprawia zaczerwienienia, obrzmienia, nie utrudnia odpływu wydzieliny.

3) Nie zmienia rozwoju ziarniny, nie opóźnia zabliźniania.

4) Wydzielina rany staje się surowiczą.

5) Nieczyste rany, wrzody szankrowe, posoczejące raki czyszczą się pod grubą powierzchnią proszku naftalinowego. Jeżeli wydzielina jest bardzo obfitą, należy oprawę naftalinową często zmieniać.

6) Jak naftalin wpływa na ziarninę grzybowatą i gruźliczą, dotąd nie wiadomo.

Najlepszy sposób opatrywania ran naftalinem polega na wypełnieniu, „wypchaniu,“ wszelkich jam i zatok proszkiem. W klinice wrocławskiéj używa się naftalinu we wszystkich przypadkach, w których dotąd zalecano jodoform. Dla przyrządzenia gazy naftalinowéj poleca Fleischer posypywanie jéj sproszkowanym naftalinem i skrapienie małą ilością wody. Naftalin jest 50 razy tańszy niż jodoform.

W klinice prof. Lückego używa się następujących przetworów naftalinowych:

1) *Naphthalinum albissimum resublimatum* do bezpośredniego posypywania i wypełniania ran (u Trommsdorffa w Erfurcie kosztuje 1 kilo $1\frac{1}{5}$ marki).

2) *Naphthalinum purissimum crystall.* i

3) *Naphthalinum resublimatum* stósowne są do leczenia mniejszych obrażeń, tudzież do przyrządzania oprawy naftalinowéj. *(Berlin. klin. Wochenschr.* 1882, Nr. 8 i 9).

Dr. Smoleński (Jaworze).

Prof. Fürbringer: **Naftalin jako lek przeciwświerzbowy.**

Autor używa u chorych dotkniętych świerzbem 3—4 krotnych nacierań na dobę 100—150 gramami 10—12 procentowego roztworu oleistego *(ol. lini)* naftalinu.

Z 56 chorych, w powyższy sposób leczonych, 15 wyzdrowiało całkowicie, 5 okazywało późniéj różne wypryski skutkiem leczenia naftalinem, kilku doniosło listownie, że są zdrowi, o reszcie nie wiadomo.

Autor zaleca leczenie świerzbu naftalinem jako sposób bardzo tani i wygodny. Ostrożność o tyle jest potrzebna, że po dłuższém używaniu naftalinu może wystąpić zapalenie nerek, jak się to stało u jednego chorego z łuszczycą. Po usunięciu naftalinu białkomocz ustąpił. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1882, Nr. 10). *Dr. Smoleński* (Jaworze).

Docent Dr. V. Babesiu. **Bakteryje w pocie czerwonym.**

Jak wiadomo, zabarwienie potu na niebiesko polega na bakteryjach. Jakaby była przyczyna zabarwienia potu na czerwono, który występuje niekiedy, szczególniéj u nerwowych kobiet, dotąd nie wiedziano. Wprawdzie niektórzy autorowie przypuszczali, że zabarwienie to sprawiają grzybki, lecz żaden tego na pewne nie stwierdził (Hofmann, *Wiener med. Wochenschr. 1873.* Pick, *Ber. d. Naturf. Vers. zu Gratz 1873.* Eberth). Docent Babesiu, asystent katedry anatomii patologicznéj w Buda-Peszcie, miał sposobność kilkakrotnego badania tego dziwnego objawu. W październiku r. z. przysłano autorowi do zbadania włosy kobiety 26-letniéj. Kobieta ta uskarżała się na silny świąd w jamie pachowéj prawéj. Skóra była tutaj nieco obrzmiała i zaczerwieniona. Pot, wydzielający się dość obficie, był ceglasto-czerwono zabarwionym. Pacyjentkę niepokoił szczególniéj od czasu do czasu występujący pot krwisto czerwony. Siostra pacyjentki, która jakiś czas razem z nią sypiała w jedném łóżku, również dostała tego samego zboczenia. Autor badał włosy i téj drugiéj kobiety. Prócz tych dwóch przypadków miał autor sposobność badać jeszcze późniéj włosy z jamy pachowéj młodego mężczyzny i nierządnicy.

Po bliższém zbadaniu tych włosów czuje się autor upoważnionym do czynienia następujących twierdzeń: 1) zabarwienie potu czerwone, występujące szczególniéj w jamie pachowéj, jest wywołaném przez grzybki barwne z rodzaju *Sphaero-Bacterium;* 2) liczniejsze występowanie i silniejsze mnożenie się tego grzybka stoi w stosunku prostym do wydzielania potu; 3) grzybek ten sprawiać zdaje się kruchość włosów, swąd i zaczerwienienie skóry; 4) zboczenie, wywołane tym grzybkiem, zdaje się udzielać innym osobom, które stykają się bliżéj z osobą chorą; 5) grzybki te są podobne z kształtu częścią do bezbarwnych zooglej, znajdujących się dość często w pocie i na włosach, częścią zaś do innych zabarwionych bakteryj, szczególniéj do *Bacterium prodigiosum,* od którego jednak różnią się ubarwieniem więcéj ceglastém; 6) grzybek, znajdujący się w pocie czerwonym, jest trudniejszym do hodowania, niż *Bacterium prodigiosum,* daje jednakowoż tę samą chemiczną reakcyję. *(Allg. med. C. Ztg.* Nr. 19). *Dr. Kopff.*

Prof. E. Hofmann (we Wiedniu): **O sądowolekarskiém sprawdzaniu tożsamości zwłok.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 6).

Czwartém zadaniem znawcy jest sprawdzanie stanu ciała w ogóle, a zwłaszcza stanu odżywienia. Jak łatwém jest to zadanie w obec trupów świeżych, tak trudném ono okazuje się w obec zgniłych, u których potworne powiększenie się objętości ciała skutkiem podskórnéj odmy gnilnéj może być bardzo łudzącém, a rozstrzyga dopiero nacinanie. Przeciwnie mumifikacyja sprawia zmniéjszenie objętości i nadaje twarzy wyraz zgrzybiałości, podczas gdy zwęglenie zmienia czasem stan odżywienia aż do niepoznania.

Opisanie głowy i twarzy jest rzeczą najważniejszą, jednak odpowiedniejszém byłoby fotografowanie lub zdejmowanie maski gipsowéj. Podając barwę włosów należy miéć na uwadze, że po długiém leżeniu trupa w grobie włosy zmieniają swą barwę, najczęściéj stają się czerwono. brunatnemi; nic więc dziwnego, że mumije egipskie okazują prawie wszystkie podobne zabarwienie włosów; że i ogień zmienia barwę włosów, jest rzeczą znaną. Pod wpływem ognia gałki oczne ulegają znacznéj zmianie: rogówka zaćmiewa się mleczno, podobnież warstwa przybłonkowa soczewki, tak że oczy przedstawiają się jakoby zaćmione; gałki oczne w całości są twardemi i elastycznemi. Okaleczenia nosa utrudniają w znacznym stopniu rozpoznawanie trupów; natomiast badanie zębów daje czasem wyniki bardzo ważne. (Obecność zębów mlecznych lub stałych, zębów mądrości, wadliwość i próchnienie, zęby i szczęki sztuczne). Pod wpływem ognia występuje na zębach albo zwęglenie albo wyprażenie *(calcinatio)* połączone z kruszeniem się łatwém, a skutkiem wyprażenia zęby poprzednio czarne, mogą stać się białemi.— Że u trupów mocno gnijących można do pewnego stopnia przywrócić rysy twarzy, o tém pisali dawniéj Tourdes i Wilhelmi w Strasburgu, a w nowszych czasach autor sam w rozprawie swéj o zmianach pośmiertnych, z któréj w swoim czasie zdaliśmy sprawę w Przegł. Lek.

Wreszcie autor przechodzi do znamion szczególnych. Skrzywienia kręgosłupa, szczególna budowa głowy, zboczenia twarzy, włosów, blizny, znamiona, zboczenia nosa, warg, wóle, przepukliny i opaski, obecność lub brak napletka, skrzywienia odnóg, stężenie stawów itd., wszystko zasługuje na uwagę. Autor zastanawia się tu obszerniéj nad tatuowaniem na podstawie prac dawniejszych, oraz nowszych pp. Lombroso i Lacassagna, i nad możnością usuwania obrazków tatuowanych, wreszcie nad stanem rąk i paznogci. *(W. med. Woch.* 1882 Nr. 1—12). *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

(L. K.) **Kwas trójchloroctowy jako odczynnik na białko w moczu.** Raabe podaje następujący sposób wykrywania białka w moczu. Do maleńkiej probierki daje się jeden ctm. sz. moczu, a następnie parę drobnych kryształków kwasu trójchloroctowego. Po chwili powstaje mniéj lub więcéj wybitne obłoczkowate zmącenie, które za ogrzaniem nie znika (rozróżnienie moczanów). W moczu prawidłowym kw. trójchloroctowy nie sprawia zmącenia chyba, że mocz zawiera moczany w ilości znacznie zwiększonéj. Przez dodanie do moczu badanego wody gorącéj usuwa się i tę okoliczność, mogącą w błąd wprowadzić. Według p. Raabego kwas trójchloroctowy jest o wiele pewniejszym i wygodniejszym odczynnikiem dla lekarza, niż kwas azotowy i obecnie zalecany kwas metafosforowy. Kwas trójchloroctowy jest krystalicznym i łatwo daje się przechowywać (*D. M. Wchschrft*, 1882, s. 184).

(L. K.) **Alkohol znajduje się wszędzie.** Ciekawą w tym względzie ogłosił pracę M. A. Muntz; wykazał on obecność wyskoku w ziemi, w wodzie i atmosferze. Do tego odkrycia posłużyła mu nader czuła reakcyja jodoformowa, polegająca na wytworzeniu z rodnia alkoholowego kryształków charakterystycznych jodoformu. Muntz w ciągu lat czterech poddawał częściowemu przekraplaniu wody z różnych rzek, stawów, jezior, mórz. W destylacie znajdował zawsze ciało lotniejsze od wody, dające wyraźną reakcyję jodoformową. Im woda zawierała więcéj części organicznych, tém w destylacie wybitniéj występowała reakcyja jodoformowa. Tylko woda źródlana nie dawała reakcyi jodoformowéj. Następnie Muntz badał w podobny sposób wodę deszczową i ze śniegu. I tutaj znajdował wybitne ślady reakcyi jodoformowéj. Skoro więc alkohol znajdował się w opadach atmosferycznych, zatém widoczną jest rzeczą, że pary alkoholu muszą się znajdować w powietrzu. W dalszym ciągu swoich doświadczeń badał Muntz ziemię. Destylat z 200gm. ziemi chudéj dawał już reakcyję jodoformową. Z ziemi tłustéj, obfitéj w fermentujące i gnijące części organiczne, otrzymywał Muntz tyle alkoholu w destylacie, że mógł nawet badać jego własności. „To rozpowszechnienie wyskoku“ powiada Muntz „tłumaczy się bez trudności“. Powierzchowne warstwy ziemi i głębie morza zawierają w obfitości materyję organiczną, ulegającą ciągle rozkładowi. Przeróżne organizmy pracujące nad zniszczeniem tych ciał węglowodorowych, spełniają różne czynności, lecz prawie wszystkie przyczyniają się do wytworzenia wyskoku w ilości mniejszéj lub większéj. Berthelot widział, że najrozmaitsze organizmy są przyczyną fermentacyi wyskokowéj i tworzenia się alkoholu z ciał organicznych. Można więc przypuścić, że alkohol ciągle się wytwarza z materyi organicznéj. Jeżeli założenie to jest prawdziwém, to w ziemi musi się alkohol znajdować w ilości wcale niemałéj, zkąd dostaje się w postaci pary do powietrza. (*Revue scientifique*. 1881).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Nadzwyczajne posiedzenie dnia 14go grudnia 1881 r.

Przewodniczący: kol. Zarewicz. Członków obecnych 27.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przyjęto na członka czynnego Towarzystwa: Dra Wincentego Szymonowicza, a na członka koresp. Dra Jędrzeja Knapczyka w Boguminie.

3) Kol. Skobel odczytał rzecz o rzadkim przypadku zmian prawdopodobnie w rdzeniu przedłużonym u chorego z kiłą wczesną. W dyskusyi zabrał głos kol. prof. Adamkiewicz twierdząc, że jeżeli się wykluczy w niniejszym przypadku objawy porażenia połowiczego po stronie lewéj, jako stanowiące odrębny obraz chorobowy, natenczas pozostaną nam, jak odczytany *status praesens* świadczy, tylko objawy patologiczne ze strony dwóch nerwów, a mianowicie zboczenia w wymawianiu głosek, sprowadzone niedowładem w zakresie mięśni wargowych, a zatém zboczenia ze strony nerwu twarzowego, oraz zboczenia w mięśniach, które uczestniczą w sprawie połykania, a zatém zboczenia ze strony nerwu językowo-połykowego. Że rzeczywiście w naszym przypadku ten ostatni nerw jest zajęty, wynika ztąd, iż nerw błędny, który także w połykaniu bierze udział, nie przedstawia najmniejszych zboczeń. Obecne zatém u tego chorego zboczenie w połykaniu, o ile nie da się odnieść do istniejącego także niedowładu miękkiego podniebienia, uważać należy jako zmianę chorobową, lokalizującą się w mięśniach: zdzierżaczu połyku środkowym oraz rylcopołykowym, t. j. w mięśniach zaopatrywanych przez nerw językowo-połykowy. Żaden inny nerw mózgowy, ani czuciowy, ani ruchowy nie jest zajęty, albowiem sfera czucia jest u tego chorego zupełnie nienaruszona, równie jak sfera ruchu zwłaszcza język okazuje (jak w *status praesens* wspomniano) zupełnie dobrą inerwacyję, a wszelkie zgłoski językowe chory dokładnie wymawia. Pytanie więc zachodzi, w którém miejscu leży ognisko wywołujące zmiany chorobowe w obydwu wspomnianych nerwach? Wiadomo, iż wszelkie nerwy ruchowe ciała biorą swój początek w korze mózgowéj, gdzie je téż dusza za pośrednictwem woli do czynności podnieca, ztąd gromadzą się one w tak zwanym wieńcu promienistym (*corona radiata*), poczém przebiegają przez torebkę wewnętrzną (*capsula interna*) do szypułek mózgowych (*pedunculi cerebri*), zkąd krzyżując się w piramidach udają się do rdzenia pacierzowego. Jeżeli zaś służą do zaopatrywania głowy, natenczas po największéj części wchodzą w połączenie z ośrodkami komórki czwartéj i w obrębie jéj mózg opuszczają. Ponieważ w przypadku naszym chodzi tylko o zboczenie w dwóch nerwach mózgowych, przeto ognisko chorobowe może się znajdować albo na drodze od kory mózgowéj do zwojów leżących w komórce czwartéj, albo w tychże zwojach, albo wreszcie w przebiegu obwodowym tychże nerwów. W korze mózgowéj, w tak zwanéj sferze psychomotorycznéj, gdzie częstokroć rozmiękczenie sprowadza zupełne lub niezupełne porażenie, nie może w naszym przypadku leżeć ognisko chorobowe. O ile bowiem dotychczas wiadomo, rozmiękczenie kory mózgowéj, wywołujące zmiany porażenne w zakresie nerwu twarzowego, występowało tylko po jednéj stronie. W naszym przypadku obustronnego niedowładu gałęzi ustnych nerwu twarzowego musielibyśmy przypuścić ognisko rozciągające się w korze przez obydwie półkule mózgu. Przy takiéj rozległości ogniska trudno byłoby przypuścić, aby się takowe tylko do sfery psychomotorycznéj ograniczało, z czego wynika, iż jeżeli w omawianym przypadku zmiana chorobowa kory mózgowéj miałaby być przyczyną istniejących zboczeń, natenczas musiałyby się z pewnością pojawić zboczenia w zakresie nerwów czuciowych lub zmysłowych. W takim razie mielibyśmy pewien stopień upośledzenia czynności psychicznych (osłabienie pamięci, afazyję itd.) czego ani śladu wykazać nie można. Trzeba się zatém zapytać, czy przypadkiem same nerwy obwodowe nie są zajęte, t. j. czy ognisko chorobowe nie znajduje się w nerwach, po ich wyjściu z jąder rdzenia przedłużonego. Wiadomą jednak jest rzeczą, iż oba nerwy twarzowe, zaraz po opuszczeniu mózgu, wchodzą do przewodu słuchowego wewnętrznego, a ztąd do kanału Fallopii i ostatecznie wyszedłszy przez otwór rylcosutkowy na zewnątrz rozpadają się na gałęzie obwodowe. Jeżeliby w tym przebiegu nerw doznał uszkodzenia, natenczas stosownie do usadowienia się ogniska chorobowego, mielibyśmy w naszym przypadku albo zboczenie słuchu, skutkiem porażenia nerwu zaopatrującego mięsień strzemionkowy (t. zw. nadczułość słuchowa *hyperacusis Villisiana*), albo zboczenia w wydzielaniu śliny i w smaku, skutkiem porażenia struny bębenkowéj, która, jak wiadomo, nietylko posiada włókna wydzielnicze, ale także za pośrednictwem nerwu skalistego powierzchownego mniejszego otrzymuje ze zwoju klinopodniebiennego nerwy smakowe. O takich zboczeniach u naszego chorego nie ma mowy, zresztą sprzeciwia się przypuszczeniu, aby obwodowa część nerwów twarzowych była

zajęta, już samo zachowanie się elektryczne porażonych mięśni, które niewątpliwie wskazuje przyczynę środkową, pominąwszy i tę okoliczność, iż w naszym przypadku zajęcie samych gałęzi ustnych nerwu twarzowego za têm również przemawia. Nie pozostaje zatém do wytłumaczenia nic innego, jak tylko przypuścić, że ognisko chorobowe znajduje się w zakresie dróg psychomotorycznych, t. j. w przestrzeni między torebką wewnętrzną a ośrodkami komórki czwartéj. Gdyby te ogniska znajdowały się w saméj torebce, natenczas musiałyby one, skoro zboczenia obydwu nerwów twarzowych są jednakowe, leżeć prawie symetrycznie w obu półkulach, co jest nieprawdopodobne, zwłaszcza że te ogniska, przy zupełnym braku zboczeń czuciowych powinny zajmować tylko przodkową część torebek, a nie dotykać wcale wielkich sąsiednich zwojów mózgowych. Niemniéj w samych jądrach komórki czwartéj nie mogą leżeć ogniska chorobowe, albowiem w takim razie musiałyby wystąpić znane objawy choroby Duchenna, t. j. zboczenia ze strony nerwu podjęzykowego i zboczenia w wydzielaniu śliny, krótko mówiąc znane objawy porażenia opuszkowego, których w naszym przypadku z pewnością nie ma. Przez wykluczenie zatém ograniczyliśmy u naszego pacyjenta ognisko chorobowe do zakresu dróg psychomotorycznych, który się znajduje między torebką wewnętrzną z jednéj a jądrami rdzenia przedłużonego z drugiéj strony, czyli innemi słowy do obszaru od powiadającego mostowi Varola. Twierdzenie to tłumaczy nam równocześnie bardzo prostym sposobem obustronne wystąpienie objawów chorobowych, albowiem w moście Varola drogi psychomotoryczne obu połów ciała najbliżéj siebie leżą, przez co łatwo pojąć, jak przez jedno ognisko mogą być w têm miejscu naznaczone. W takim stanie rzeczy, przy braku wszelkich objawów porażenia opuszkowego i skoro ognisko chorobowe jest najprawdopodobniéj natury kilowéj, choroba zdaniem kol. Adamkiewicza pozwala dobrze rokować. Następnie zabierali jeszcze głos w dyskusyi koledzy: prof. Piotrowski, Ponikło, Paszkowski, prof. Rosner, Pisek, Obaliński, Warschauer i Pieniążek.

Dr. Balicki.

Posiedzenie 18 z dnia 21 grudnia 1881 r.

Przewodniczący kol. prof. Domański. Członków obecnych 30.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Rosner Jan zdaje sprawę z czynności komisyi przedwyborczéj, ustanowionéj na jedném z poprzednich posiedzeń, celem przedstawienia kandydatów na urzędników Towarzystwa w roku 1882.

3) Nastąpiły wybory urzędników Towarzystwa na rok 1882, a mianowicie prezesem obrano ponownie kol. doc. Henryka Jordana, wiceprezesem kol. Stanisława Paszkowskiego, sekretarzem kol. Jana Rosnera, redaktorem Przeglądu Lekarskiego kol. prof. Leona Blumenstoka, członkami komisyi redakcyjnéj kolegów: prof. Józefa Oettingera, doc. Stanisława Pareńskiego, prof. Stanisława Domańskiego, i Augusta Kwaśnickiego, biblijotekarzem kol. Franciszka Murdzieńskiego; delegatami do Rady Zawiadowczéj Tow. lek. galic. kolegów: Jana Szeparowicza i Żegotę Krówczyńskiego.

4) Przyjęto na członka czynnego Towarzystwa Dra Kazimierza Szymkiewicza.

5) Odczytano pismo c. k. Namiestnictwa zapraszające do wzięcia udziału w Wystawie higijenicznéj w Berlinie w roku 1882 odbyć się mającéj.

6) Kol. prof. Domański przedstawił fotografije histeryczek z oddziału Charcota z Salpetrière, hygrometr pomysłu Klinkerfuesa wykonany przez Lambrechta w Getyndze nader dogodny do użycia w celach lekarskich i słuchomierz Politzera.

Dr. Stanisław Balicki.
Sekretarz.

VI. Listy z Paryża.

IV.

(Hospice de la Salpêtrière. — Oddział i klinika prof. Charcota).

Jak już w pierwszym moim liście wspomniałem, znajdują się w Paryżu oprócz szpitali, w ścisłém tego słowa znaczeniu, także t. zw. *„hospices“*, t. j. zakłady, w których znajdują schronienie i stałe pomieszczenie (przeważnie bezpłatne) starcy, nie mogący zapracować na swe utrzymanie, daléj chorzy, których cierpienia, według dzisiejszych pojęć nauki, uważamy za nieuleczne, a które zarazem uniemożliwiają im pracowanie na chléb codzienny, daléj epileptyczni, obłąkani, a wreszcie chorzy dotknięci ciężkiemi chorobami nerwowemi, których leczenie jakotéż i pielęgnowanie z wielkiemi połączone jest trudnościami i wiele wymaga czasu. Jak już z tego pobieżnego wyliczenia warunków przyjęcia okazuje się, nie ma właściwie zbyt ścisłych i ograniczonych przepisów, któreby przyjęcie chorego lub przeznaczenie go do tego lub owego oddziału znacznie utrudniały. Temu téż zawdzięczać należy, że lekarze tu ordynujący mają materyjał nietylko ogromny, lecz i wyborowy.

Jednym z takich zakładów jest, i to wyłącznie dla kobiet, *Hospice de la Salpêtrière*, który słusznie zyskał sobie sławę europejską, nie tyle przez odpowiednią konstrukcyję ogromnego budynku, gdyż wybudowany pierwotnie w innym celu późniéj adaptowany i rozszerzany stopniowo nie może on służyć za modłę budynków tego rodzaju; natomiast urządzenie wewnętrzne, podział całości, a głównie ogromne nagromadzenie i należyte wyzyskanie dla nauki chorych i niedołężnych, jak tego dowodzą znane dziś całemu światu lekarskiemu prace prof. Charcota, nadają temu zakładowi ogromną doniosłość nie tylko dla Francyi, lecz i dla całéj ludzkości.

Ogólna ilość łóżek dla wszystkich z jakiejkolwiek z wyliczonych wyżéj przyczyn znajdujących tu schronienie wynosi obecnie przeszło pięć tysięcy, z których odpowiednio do potrzeby przeznaczono część dla starców, część dla epileptycznych, część dla obłąkanych i t. d. Co do urządzenia wewnętrznego trzeba przyznać, że nie zapomniano o niczém, coby tym nieszczęśliwym było potrzebném, pożyteczném, lub choćby tylko przyjemném. Zacząwszy od czystości sal, odpowiedniego pożywienia, kąpieli, łaźni, tuszów, przechadzek, ogrodów i t. d., a skończywszy na gimnastyce, urządzonej dla epileptycznych i obłąkanych, grach towarzyskich, zabawach wspólnych, nauce czytania, pisania, rachunków, nawet muzyki i t. d., wszystko tu znaleść można; a wszystko użyte należycie przynosi tym biednym ulgę, przyjemność, a nierzadko i uleczenie.

Przeszedłszy cztery spore dziedzińce i skręciwszy około nowej kuchni na lewo wchodzimy do oddziału i kliniki chorób nerwowych prof. Charcota. Zapewne nie jednemu z kolegów dziwném się wydało, żem dotąd w listach moich nie pisał o tym szpitalu i o tym oddziale, który bez wątpienia stanowi część najważniejszą i najciekawszą lekarskich osobliwości Paryża. Przyczyną mego milczenia była niestety ta okoliczność, żem trafił na okres rozwoju tego oddziału, który dla mnie, jako zwiedzającego, był najmniéj pomyślnym. Albowiem, jak to już kolegom wiadomo, prof. Charcot zajmował aż do dnia 2 stycznia b. r. katedrę anatomii patologicznéj, a równocześnie był prymaryjuszem *(médecin)* jednego oddziału chorób nerwowych w *„Hospice de la Salpêtrière“*. Już dość dawno zamierzał prof. Charcot porzucić katedrę anatomii patologicznéj i pracować głównie w zakresie chorób nerwowych. Zamiarowi temu stały liczne trudności na przeszkodzie; aż wreszcie w dniu 2 stycznia b. r. po pertraktacyjach i przygotowaniach ministerstwo oświaty ustanowiło katedrę chorób nerwowych i urządziło w *„Hospice de la Salpêtrière“* klinikę tychże chorób, daléj zamianowało prof. Charcota profesorem tego przedmiotu, a zwolniło go natomiast od obowiązków

profesora anatomii patologicznéj. Wszystkie te zmiany zaszły właśnie w tém półroczu zimowém, skutkiem czego z jednéj strony niektóre sale chorych musiały być lepiéj urządzone, niektóre całkiem zmienione, przez co liczba chorych chwilowo się zmniejszyła; z drugiéj strony profesor i jego liczny sztab, zajęci przygotowaniami do kampanii, w kwietniu rozpocząć się mającéj, przyspieszają prawie z gorączkowém zajęciem odpowiednie zmiany, a za to traktują mniéj starannie cały oddział. Ani wątpię, że przyczyną tego czysto chwilową jest ten czas przejściowy; muszę jednak stwierdzić ten fakt dla mnie specyjalnie bardzo nieprzyjemny. Z tego to powodu prof. Charcot nie miewał w tém półroczu owych wykładów z dziedziny chorób nerwowych, które dawniéj przynajmniéj raz na tydzień (w niedzielę o $9\frac{1}{2}$ rano) zawsze miewał.

W nadziei, że stósunki te przecież się polepszą, zwiedzałem tymczasem inne szpitale, a tu bywałem rzadziéj, oczekując zmiany pożądanéj. Wreszcie dłużéj zwlekać nie mogąc zacząłem przed kilku tygodniami bywać tu stale.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 12 do 18 marca podniosła się w Krakowie ogólna śmiertelność z 32,5 do 41,2 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Umarło z ospy 5 (1 z. t.), z płonicy 1 (1 z. t.), z błonicy 2 (3 z. t.), z krztuśca 1 (0 z. t.), z duru brzusznego 1 (1 z. t.), z duru osutkowego 0 (2 z. t.), z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach ospy, 1 odry, 2 płonicy, 1 błonicy, 47 duru osutkowego (1 z I obwodu, 6 z kryminału, 2 z aresztów, 5 z II obwodu, 6 ze szpitalów, 6 z III obwodu 4 z ogrzewalni, 17 ze wsi). W tygodniu od 12 do 11 lutego ospa w Londynie utrzymywała się w jednakowém nasileniu, umarło 17, leczyło się w szpitalach 464, świeżo zapadło 71. W Wiedniu umarło 23, w Paryżu 21, w Budapeszcie 15, w Pradze 9, w Petersburgu 8, w Warszawie 43. W Madrycie umarło od 12—18 grudnia 37. Odra w Wiedniu i Kopenhadze bardziéj się rozszerzała, złagodniała w Paryżu i Londynie. Z krztuśca umarło w Londynie 205, z chorób narządu oddychania 689. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 19, w Granadzie 2, w Londynie, Odesie, w Bukarészcie i Saragosie po 1.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 12 do 18 lutego umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 31,3; we Lwowie 29,7; w Poznaniu 24,5; w Wiedniu 37,6; w Budapeszcie 44,5; w Tryjeście 34,5; w Pradze 37,1; w Berlinie 23.7; w Wrocławiu 32,1; w Gdańsku 28,3; w Mnichowie 39,5; w Dreźnie 25,9; w Lipsku 21,7; w Bazylei 34,2; w Brukseli 26,8; w Amsterdamie 22,9; w Hadze 31,6; w Paryżu 33,1; w Londynie 29,3; w Kopenhadze 28,1; w Stokholmie 26.6; w Petersburgu 36,9; w Odesie 38,3; w Wenecyi 37,3; w Bukareszcie 30,7: w Madrycie 52,6; w Aleksandryi 32,6; w Nowym Yorku 32,9; w Filadelfii 24.0; w Bombaju 32,5; w Madrasie 42,1. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 5 kwietnia. Z prawdziwą przyjemnością donosimy, że kol. Paszkowski, którego stan w przeszłym tygodniu był rozpaczliwym, ma się znacznie lepiéj, i że obecnie nie ma już powodu do obaw.

Natomiast praktykant w oddziale prymaryjusza Paszkowskiego, Dr. Karol Gramatyka, który dopiero przed paru miesiącami uzyskał stopień akademicki, umarł z duru wysypkowego wczoraj rano. Był to młodzieniec pilny i jedyna podpora matki.

Obecnie i sekundaryjusz oddziału Dr. Mączka złożony jest durem wysypkowym. Daje to w każdym razie do myślenia, jeżeli wszyscy lekarze oddziału zapadają, zwłaszcza, jeżeli się uwzględni, że niedawno umarła i zakonnica i chorowało kilku posługaczy na tę samą chorobę. Czy nie wypadałoby może rozpatrzyć się w lokalu samym, czy nie jest przepełniony, czy należycie wentylowany itd.?

Asystenci Dr. Kopff i Wodyński, którzy również przebyli dur wysypkowy, powoli odzyskują zdrowie.

D. 5 bm. umarł w Krakowie Dr. Ignacy Rafal Czerwiakowski, wysłużony profesor botaniki i b. rektor Uniw. Jagiell. Urodzony w Krakowie 1808 r., ukończył szkoły średnie, wydział filozoficzny i lekarski w Krakowie; w r. 1831 był czynnym w Warszawie w szpitalu w koszarach gwardyjskich, w r. 1833 uzyskał w Krakowie stopień doktora medycyny, w r. 1834 mianowany został adjunktem profesora historyi naturalnéj, w r. 1838 profesorem tychże nauk w zakładzie technicznym, a w r. 1843 profesorem botaniki w Uniw. Jagiell. Dr. Czerwiakowski był po czterykroć Dziekanem Wydziału filozoficznego a w r. 1863 rektorem U. J., w r. 1868 powołany został na prezesa komisyi egzamin. dla kandydatów na nauczycieli gimnazyjalnych; był członkiem Akademii Umiejętn. i dyrektorem Wydziału matematyczno-przyrodniczego, oraz dyrektorem ogrodu botanicznego i kawalerem orderu korony żelaznéj 3ciéj kl. Od r. 1878 przeszedł w stan spoczynku. Napisał Botanikę szczegółową w 6ciu tomach. Cześć Jego pamięci!

(?) Wychowaniec tutejszéj szkoły Dr. Jakliński przyjął posadę lekarza w szpitalu Bonifratrów w Wizowicach na Morawie.

(?) Osiedlenie się lekarza Polaka jest pożądane w następujących miejscowościach Szlązka austryjackiego: w Boguminie (posada lekarza kolejowego), w Karwinie, Frysztacie, Orłowie i w Strumieniu (Schwarzwasser).

* Na posiedzeniu Tow. lek. berlińskiego Dr. Koch d. 24 marca rb. miał wykład o gruźlicy, w którym dowodził istnienia laseczników gruźlicowego, całkiem identycznego u człowieka i zwierząt, dającego się przeszczepić bez względu, zkąd pochodzi, tak człowiekowi jako i zwierzęciu, i wywołującego każdym razem prawdziwą gruźlicę. Z wykładu Kocha niezadługo zdamy sprawę.

* **Paryż**. Na krzesło opróżnione w Akademii Umiejętności po Bouillaudzie proponowani są: na 1szém miejscu Davaine, na 2giém Charcot, na 3ciém *ex aequo* Paweł Bert i Brown-Séquard, na 4tém Sappey. Trudny to wybór zaprawdę!

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń** Mówią o powołaniu na katedrę opróżnioną po Ducheku prof. Erba lub Nothnagla. Docent Weichselbaum ma otrzymać katedrę anatomii patolog. w Gracu, prof. Eppinger w Pradze, a docent Chiari ma zostać prosektorem w zakładzie anat. patol. we Wiedniu. — **Budapeszt.** Docent Rózsahegyi delegowany został przez ministerstwo jako komisarz do Wystawy higijenicznéj w Berlinie. Prof. nadzw. Plósz mianowany został prof. zw. chemii patologicznéj, a prymaryjusz Dr. Janny habilitował się jako docent chirurgii.

* **Konkurs**. W roku 1876 zmarł w Goerbersdorfie na Szlązku pruskim Roman Kowalewski, ordynator kliniki chirurgicznéj warszawskiego Uniwersytetu, lekarz niezwykłych zdolności, młodzieniec pełen poświęcenia, odznaczający się niezwykłą prawością charakteru, poważany od kolegów, ceniony od starszych. Przekonany o nieuleczności swéj choroby piersiowéj na tydzień przed śmiercią dał zlecenie swemu koledze akademickiemu i przyjacielowi Drowi Matlakowskiemu i matce swéj Olimpii, aby pozostający po nim medal złoty, otrzymany za rozprawę konkursową „o pochodzeniu zaczątków narządów moczopłciowych" oddać komuś w nagrodę za naukową pracę. Medal ten po poprzedniém ocenieniu przez jubilerów warszawskich nabył p. Piotr Niedźwiecki lekarz ze Saratowskiéj gubernii, nie chcąc aby pamiątka po zmarłym przeszla do rąk obcych i zapłacił za takowy 120 rs., tj. kilka rubli po nad wartość tegoż.

Ztąd powstał fundusz konkursowy 150 złr., złożony w kasie Oszczędności krakowskiéj, który w dniu 1 stycznia 1884 r. wynosić będzie 180 złr. w. a.

Ponieważ w terminie oznaczonym nikt nie zgłosił się do konkursu rozpisanego w dniu 15 stycznia 1880 r. (Przegląd Lekarski 1880, str. 55), przeto w porozumieniu z Drem Matlakowskim, ordynatorem kliniki chirurgicznéj ces. Uniwersytetu warszawskiego i przez tegoż upoważniony rozpisuję niniejszém ponowny konkurs na nagrodę w kwocie 180 złr. w. a. za najlepsze dzieło treści lekarskiéj lub przyrodniczéj

nadesłane w rękopiśmie Stowarzyszeniu do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie najdaléj do d. 1 grudnia 1883 r., lub wydane przez to Stowarzyszenie od dnia ogłoszenia konkursu aż po dzień 1 grudnia 1883 r.

Oceną zajmie się osobny komitet, którego skład później ogłoszonym zostanie. Praca musi być oryginalna, obejmować całość przedmiotu i odpowiadać w zupełności spółczesnemu stanowisku nauki. Podstawę do ocenienia stanowić będzie nie objętość dzieła lub wybór przedmiotu, lecz jedynie wartość naukowa.

Gdyby nagroda przyznaną została pracy drukiem nieogłoszonéj, rękopism zostaje własnością autora, który jednak pozostawić musi Stowarzyszeniu wydawniczemu prawo pierwszeństwa do nabycia na własność i do wydania nagrodzonego dzieła. W takim razie na wstępie książki ogłoszony będzie krótki życiorys śp. Kowalewskiego.

Pisma lekarskie polskie upraszam uprzejmie o powtórzenie niniejszego ogłoszenia.

Kraków dnia 1 kwietnia 1882 r. *Prof. Korczyński.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 15 kwietnia 1882. № 15. Rok XXI

I. Z oddziału chorób wewnętrznych Doc. Dra Pareńskiego.

Dur brzuszny (*Typhus abdominalis*).

Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu Śgo Łazarza w latach 1876—1880.

Napisał Dr. Wiktor Żelazowski,
sekundaryjusz szpitala św. Łazarza.

Historyje chorób, spisywane w szpitalach w czasie obserwowania przypadków chorobowych, w chwili ich leczenia, stanowią dość liczny materyjał, który z samego tego powodu że rozporządza znaczniejszą liczbą obserwacyj każdéj choroby, ma warunki do nabrania znaczenia materyjału naukowego. Zestawienie wszystkich szczegółów w przebiegu choroby, odniesienie ich do prawidlowego obrazu choroby, ocenienie ważności zmian i oznaczenie odsetkowe nieprawidłowości w przebiegu, a wszystko oparte na wielkiéj liczbie przypadków, to stanowi zaletę obserwacyj szpitalnych. Opis przypadków chorobowych pojedyńczych jest tylko możebnym w razach wielkich odmian w przebiegu fizyjologicznym choroby, a że wyjątkowe przypadki nie należą do częstych, podawanie zatém takiéj kazuistyki, mimo że na pozór tego rodzaju przypadki w szpitalu obficie wydarzaćby się powinny lub mogły, nie należy do rzeczy łatwych.

Obserwacyj szpitalnych nie można również używać do wysnuwania wniosków w kierunku ściśle statystycznym, gdyż materyjał ten, mimo że jest licznym, jest pod tym względem zanadto jednostronnym.

Robienie doświadczeń *par excellence* klinicznych jest w szpitalu z rozlicznych powodów niemożebném. Pozostaje zatém tylko zużytkowanie historyj szpitalnych w formie krótkich monografij, opartych na wielkiéj liczbie przypadków chorobowych, a że liczba poważniejsza nie tak prędko daje się zebrać to stanowi powód dla czego monografije takie nie tak często i prędko pojawiać się mogą.

Te kilka uwag uważałem na wstępie za konieczne, aby przy obecném sprawozdaniu o durze brzusznym, leczonym w ciągu pięciu lat od r. 1876 do 1880 w oddziale docenta Dra Pareńskiego uniknąć jakiegokolwiek zarzutu opóźnienia się lub jednostronności.

Przystępując do sprawozdania z przebiegu duru brzusznego, układam je na podstawie obserwacyj jedynie tych przypadków, którym Liebermeister w swéj obszernéj monografii (Ziemssen: *Infectionskrankheiten.* Band II) nadaje nazwę przypadków wybitnych *„ausgebildete Fälle“*, inne bowiem formy duru brzusznego, czy to z bardzo krótkim przebiegiem, czy to z gorączką, zbaczającą znacznie od toru właściwego, nie mogą być uwzględnione w sprawozdaniu, jeżeli takowe ma przedstawiać jakąkolwiek wartość statystyczną.

Przypadków duru brzusznego leczonych w szpitalu naszym od r. 1876 do końca 1880 r. było ogółem 196. Ogólna liczba chorych w tymże czasie w tym oddziale leczonych wynosiła: 11123, z tego mężczyzn 6358 a kobiet 4765; biorąc procentowo do ogólnéj liczby wypada mężczyzn 1.84%, kobiet 1.65% chorych na dur brzuszny. Z tych uleczonych opuściło szpital 157, umarło zaś 39, co stanowi 19.9% śmiertelności.

Na tych 196 chorych przypada 117 mężczyzn a 79 kobiet. Z 117 mężczyzn wyszło uleczonych 93, umarło 24, czyli 20.5%. Z 79 kobiet wyszło uleczonych 64, umarło zaś 15 czyli 19.0%. Liczba chorych na owe 5 lat rozdziela się w ten sposób:

W r. 1876	było chorych mężczyzn	1190	kobiet 972
„ „ 1877	„ „ „	1582	„ 1120
„ „ 1878	„ „ „	1854	„ 1475
„ „ 1879	„ „ „	879	„ 632
„ „ 1880	„ „ „	853	„ 566

przybyło chorych na dur brzuszny:

W r. 1876	mężczyzn 13	kobiet 6	razem 19
„ „ 1877	„ 15	„ 10	„ 25
„ „ 1878	„ 20	„ 12	„ 32

W r. 1879 mężczyzn 30 kobiet 23 razem 53
„ „ 1880 „ 39 „ 28 „ 67.

Uwzględniając wiek pojedyńczego chorego dur brzuszny występował:

między	12—15	rokiem	życia	u osób	17
„	15—20	„	„	„	56
„	20—25	„	„	„	53
„	25—30	„	„	„	31
„	30—35	„	„	„	13
„	35—40	„	„	„	10
„	40—45	„	„	„	4
„	45—50	„	„	„	
„	50—70	„	„	„	9.

a zatém zupełnie zgodnie ze spostrzeżeniami Liebermeistra, Murchisona i Fiedlera.

Według miesięcy przybyło w przeciągu 5 lat:

w styczniu :	9	w lipcu :	9
„ lutym :	14	„ sierpniu :	13
„ marcu :	13	„ wrześniu :	24
„ kwietniu :	12	„ październiku :	24
„ maju :	14	„ listopadzie :	23
„ czerwcu :	14	„ grudniu :	27.

Powyższe cyfry wskazują, że w Krakowie i w okolicy tegoż najwięcéj osób zapada na dur brzuszny w miesiącach zimowych i w późnéj jesieni, gdy przeciwnie na wiosnę i w miesiącach skwarnego lata liczba zapadających na dur brzuszny jest stosunkowo mała. Cyfry te zgadzają się prawie zupełnie z twierdzeniem Liebermeistra *(Ziemssen Handb. d. spec. Pathol. u. Ther.* tom II, str. 67), że epidemije duru przypadają najczęściéj na drugą połowę roku. Co się tyczy śmiertelności w pojedyńczych miesiącach to względnie najwięcéj chorych umiera w miesiącach zimowych a mianowicie w grudniu i styczniu; w innych miesiącach śmiertelność jest chwiejną i nie da się podciągnąć pod żadne matematyczne prawidło.

E t y j o l o g i j a. Chorzy na dur brzuszny, leczeni w szpitalu św. Łazarza, rekrutują się z klasy najbiedniejszéj ludności. Najwięcéj choroba ta grasuje między t. zw. wyrobnikami dniowymi, których znaczna część jednak pod tym tytułem oddając się nałogowo pijactwu i żebractwu znajduje się w najgorszych warunkach pod względem dyjetetyczno-higijenicznym. Ale nie brak także i ludzi z warstw społeczeństwa w lepszych warunkach przebywających. Szczególnie licznego kontyngensu dostarczają ludzie, których zajęciem jest czuwanie po nocach, jakoto: strażnicy leśni, pożarni, rogatkowi, stróże nocni, służba szpitalna itd. W samym szpitalu obserwowano w ciągu ostatnich pięciu lat trzy przypadki duru brzusznego u posługaczek szpitalnych wieku niżéj 30 lat, które czynne były na salach tyfusowych, a do których też należało czyszczenie naczyń z odchodami chorych. Jest to ważna okoliczność, stanowiąca niejako przyczynek do etyjologii duru brzusznego, zwłaszcza że w ogóle na terytoryjum szpitalném i tegoż okolicy przypadki duru brzusznego są nader rzadkie.

Nie da się zaprzeczyć, iż najrozmaitsze błędy dyjetetyczne, rozmaite niewygody, do których ustrój ludzki nie przywykł, jakoteż pewnego rodzaju urazy mogą stanowić niejako dyspozycyję do nabawienia się duru brzusznego.

Chorzy z durem brzusznym przybywają do szpitala najliczniéj między 7—14 dniem po pierwszych objawach choroby. Początek jéj stanowią zazwyczaj dreszcze nieznaczne, powtarzające się przez kilka dni z rzędu, niekiedy i kilka razy przez dzień. U większéj połowy chorych dur brzuszny rozpoczyna się owemi dreszczami lub dreszczykami, bólem głowy, nieudolnością do pracy, snem przerywanym, brakiem apetytu itd. Zdarza się niekiedy, że z początkiem choroby odrazu występują przypady ze strony narządu pokarmowego, jakoto wymioty, rozwolnienie, bóle w dołku podsercowym, przypady, które każą źle wróżyć co do przebiegu choroby.

Mała bardzo liczba chorych uskarża się już od początku choroby na ból w okolicy łuku żebrowego lewego. Całkiem nieprzytomnych chorych przywiezionych do szpitala było 12.

G o r ą c z k a. Przystępując do rozbioru właściwych przypadów duru brzusznego rozpocznę od zastanowienia się nad gorączką jako najważniejszym przypadem, przedtém jednak nadmienić muszę, że co do przebiegu choroby trzymamy się podziału Liebermeistra na cztery okresy, odpowiednio do zachowania się ciepłoty. Chorzy przybywający do szpitala znachodzą się zazwyczaj w pierwszym okresie choroby, albo z początkiem drugiego okresu, a ciepłomierz wykazuje u nich ciepłotę 38.5—39.5°, rzadko więcéj. Długość przeto okresu pierwszego nie może wchodzić w ścisłą rachubę, gdyż na wywiady z ust chorego w niektórych tylko razach można się spuścić. Przejście z okresu pierwszego do drugiego jest též stosownie do tego nie zawsze wyraźne. Obecność drugiego okresu można tylko po tém poznać, że podniesienie się ciepłoty jest ciągłe.

Długość trwania gorączki w durze brzusznym i długość pojedyńczych okresów wraz z ich granicami nie da się dokładnie oznaczyć. Na podstawie obserwacyi jedynie owych 196 przypadków duru brzusznego mogę powiedzieć, że przebieg gorączki wraz z długością pojedyńczych okresów wielce różni się od schematu skreślonego mistrzowską ręką badaczów, jak Wunderlich, Liebermeister etc.

Względne trwanie okresu drugiego, czyli okresu gorączki ciągłéj, jest bardzo znacznem w stosunku do długości innych okresów. Obserwowano u jednego chorego z durem brzusznym okres gorączki ciągłéj, która trwała 22 dni i przez te 22 dni ciepłota nie zeszła poniżéj 39·4°, nie poszła wyżéj nad 40·1 i następne dwa okresy wynosiły niespełna 13 dni; choroba przebiegała bez żadnych powikłań, a chory po 6 tygodniach opuścił szpital zupełnie wyleczony.

Okres trzeci choroby jedynie jest okresem charakterystycznym dla duru brzusznego; w okresie tym gorączka przedstawia takie cechy gorączki zwalniającéj *(remittens)*, że rozpoznanie, jeżeli dotychczas było wątpliwém, zyskuje na pewności. Różnica między ciepłotą wieczorną a ranną wynosiła od 0.7—1·80 stopnia C. Co do wielkości remisyi w ogóle panuje jak największa rozmaitość.

W końcu dodać muszę, iż obserwowano przypadki duru brzusznego, gdzie przy dość nizkich stopniach ciepłoty gorączka utrzymywała się stosunkowo bardzo długo.

Co najmniéj w $^1/_6$ ogólnéj liczby przypadków duru brzusznego uważano nagłe wzniesienie się gorączki na granicy 3 i 4 okresu nieraz do 40·5 i wyżéj. Wyższą ciepłotę w durze brzusznym, jak 41·0, napotykano tylko w trzech przypadkach.

Okres czwarty gorączki przerywanéj *(f. intermitt.)* przeciągał się we wszystkich prawie przypadkach bardzo długo.

Uwzględniając d ł u g o ś ć c h o r o b y u 196 chorych, okazuje się, że w przypadkach, które bez powikłań przebiegały, długość trwania duru brzusznego wynosiła w prze-

cięciu 24—25 dni. Przez długość choroby rozumię tutaj długość gorączki, biorąc dzień, w którym chory doznał pierwszy raz dreszczu lub dreszczyku, lub w którym uczuł się po raz pierwszy niezdolnym do pracy, jako początek choroby, za koniec zaś choroby ów dzień, w którym po raz ostatni wykazano ciepłotę ciała wyższą od prawidłowéj.

Rozumié się samo przez się, że z ustaniem gorączki chory nie jest jeszcze zdrowym i trudno przypuścić, aby gojenie się wrzodów miało przebiegać koniecznie równocześnie z gorączką. Chorzy przeto dopiero w dwa tygodnie po ustaniu gorączki mogą być uważani za zdrowych.

Długość pobytu chorego w szpitalu wynosiła w przecięciu 4—5 tygodni.

Przypadki duru brzusznego z powikłaniami potrzebują naturalnie dłuższego czasu do wyleczenia.

Już poprzednio mówiłem, że długość całéj choroby i długość pojedyńczych okresów jest nader rozmaitą i nie da się ująć w matematyczny pewnik. Są chorzy, u których najsilniejszy dur brzuszny trwa ze wszystkiemi groźnemi przypadami 16 dni, podczas gdy takie przypadki obserwowano, gdzie chory 32, 40 a nawet i więcéj dni gorączkuje, pomimo, że choroba przebiega bez powikłań. Stan sił chorego, jego wiek, usposobienie etc. stanowią tutaj ów czynnik, który wpływa na długość przebiegu choroby. Ileż razy w codziennych przypadkach widzimy rany i wrzody u jednych gojące się bardzo prędko, u innych dłuższego czasu do zagojenia wymagające? Czyż kępki Peyera i gruczołki odosobnione jelit podpadając naciekowi, zropieniu, owrzodzeniu i zabliźnieniu mają być usunięte z pod tych doświadczeniem stwierdzonych faktów?

Tyle co do ogólnego przypadu, co do gorączki, jéj trwania, a względnie do długości całéj choroby.

Przechodząc z kolei do przypadów poszczególnych, będę je przytaczał według narządów, w których się rozwinęły, a ponieważ w durze brzusznym w narządzie trawienia odbywają się nader wybitne zmiany, przeto od niego zaczynam.

Rozwolnienie. Przy zmianach anatomicznych, jakie istnieją w kiszkach w durze brzusznym, obecność nieżytu kiszkowego, objawiającego się częstemi stolcami, jest bardzo naturalnym przypadem. Brak owego przypadu nie wyklucza jeszcze jednak obecności duru brzusznego. Z historyi chorób okazuje się, iż na 196 chorych u 11 tylko był stolec twardy, tak że w przebiegu choroby częstokroć uciekać się musiano do środków przeczyszczających. U 19 chorych stolec był prawidlowy, tak że o jednéj prawie godzinie odbywały się wypróżnienia stolcowe, ale kał był rzadki. U 155 chorych ilość stolców wynosiła 3—7 dziennie.

U 11 chorych liczba stolców była większa, a dochodziła najwyżéj do 12 stolców.

Stolce we wszystkich przypadkach były rzadkie, wodniste, szarawo-żółte. Chorzy przy oddawaniu stolca nie doznawali żadnych bólów. Bardzo często, szczególnie w 3cim okresie choroby, można było widzieć w stolcach prążki krwi.

Przypadki duru brzusznego, w których częstość stolców przechodziła liczbę 10 na dobę, jako też przypadki, w których był stolec twardy, przedstawiają największą śmiertelność.

Kruczenie w okolicy kiszki ślepéj dostrzegano prawie we wszystkich przypadkach. Przytłumienie wypuku w tém miejscu mniéj często daje się wykazać; zresztą wypuk narządów w jamie brzucha się znajdujących ma tylko podrzędną wartość.

Kruczenie pojawiało się z końcem pierwszego okresu; w drugim okresie obserwowano je u każdego chorego, a dopiero z końcem 3 okresu zwykle znikało. Kruczenie to przeto jest jednym ze stale pojawiających przypadów duru brzusznego.

Wzdęcie brzucha *(meteorismus)* nie dochodziło nigdy do znacznych rozmiarów.

Język zawsze prawie był suchy, spieczony, a niekiedy tworzyły się na nim nawet bardzo bolesne rozpadliny, tak że chorzy nie chcieli nic do ust brać.

Obok tego uważano co najmniéj w $1/3$ wszystkich przypadków znaczny nieżyt całéj błony śluzowéj jamy ust, u chorych tych wylewała się z ust gęsta ślina raczéj do śluzu podobna, cuchnąca; w tych razach język bywał wilgotny.

Rozstępy na języku obserwowano w 14 przypadkach; cierpienie to jest bardzo dokuczliwe dla chorego, co ztąd wnosić można, że chorzy tacy, gdy im się każe usta otworzyć, boleśnie ściągają mięśnie twarzy, a niekiedy nawet języka nie są w stanie pokazać.

Fuligo, osad sadzowaty przy nasadzie zębów przednich, szczególniéj górnych, widziano prawie w $1/3$ przypadków.

Powiększenie śledziony. W obec tego, że z jednéj strony chorzy na dur brzuszny przybywali do szpitala przeważnie dopiero w drugim okresie choroby, z drugiéj zaś, że w okolicy Krakowa bagiennica jest na porządku dziennym, rozstrzygnięcie kwestyi, czy obrzęk śledziony, jaki znajdowano u chorego na dur brzuszny w dniu jego przybycia powstał skutkiem saméj choroby, czyli téż owo powiększenie śledziony trzeba było uważać jako pozostałość po napadach zimniczych, nie było tak łatwém.

Nie potrzebuję wspominać o tém, że dokładny wypuk śledziony, nawet w warunkach prawidłowych ustroju, jest według klasycznego rozumowania Weila *(topogr. Percuss.)* nader trudny. Faktem jest jednak, że w durze brzusznym we wszystkich prawie przypadkach śledziona okazuje się przy wypuku powiększoną.

Między 196 przypadkami śledziona sięgała górnym brzegiem w linii pachowéj przedniéj:

od 7	żebra	w	7	przypadkach
„ 7	międzyżebrza	„	7	„
„ 8	żebra	„	118	„
„ 8	międzyżebrza	„	20	„
„ 9	żebra	„	16	„ .

W 28 przypadkach powiększenie śledziony wypukiem nie dało się wykazać.

W 78 przypadkach śledziona była zaledwie przy wdechu macalną; w 2 przypadkach na szerokość 4 palców, w 4 przypadkach na szerokość 3 palców, w 9 na szerokość 2 palców, w 65 przypadkach tylko wyraźnie macalną.

Bolesność śledziony przy macaniu obserwowano w 20 przypadkach; przypad ten jest złym prognostykiem.

Wracając się jeszcze do oznaczenia wypukiem obrzęku śledziony dodać muszę, że z jednéj strony wzdęcie brzucha, z drugiéj zaś strony rozedma płuc tak częsta a zwiększająca się w ostrym nieżycie oskrzeli, towarzyszącym zazwyczaj durowi brzusznemu, mają wielki wpływ na względne powiększenie lub zmniejszenie co do wypuku obrzęku śledziony.

Ostry nieżyt oskrzeli, jaki bywa najczęstszém

powikłaniem duru brzusznego, uważać należy raczéj za przypad właściwy durowi brzusznemu aniżeli za powikłanie, jeżeli nie jest za nadto silny; co więcéj ów nieżyt znachodzi się częściéj w durze brzusznym, aniżeli różyczka durowa *(roseola typh.)*. Gdy bowiem na 196 przypadków tylko u 65 chorych różyczka dała się wykazać, to nieżyt oskrzelowy znaleziono u 131 chorych, jako nieżyt wybitny; u 65 chorych obserwowano tylko oddech szorstki pęcherzykowy, świadczący jedynie o przekrwieniu płuc. Nieżyt ostry oskrzeli zaliczają nowsi badacze do istotnych przypadów duru, tak np. Zuelzer w swéj monografii duru brzusznego (*Real-Encycloped. d. g. Heilk.*). Nieżyt oskrzelowy w durze brzusznym ma prawdopodobnie takie samo znaczenie, jak nieżyt oskrzelowy w odrze. U chorych, u których z wyjątkiem nieżytu oskrzelowego i wysokiéj gorączki żadnych innych zmian wykryć nie można, przynajmniéj w połowie przypadków można powiedzieć, że mamy do czynienia z durem brzusznym; w dalszym przebiegu tor gorączki i inne przypady właściwe durowi brzusznemu stwierdzają to przypuszczenie. Nieżyt oskrzelowy w durze brzusznym występuje już z początkiem właściwéj choroby; z historyi chorób okazuje się, że istnieje już, gdy chory przybywa do szpitala; nasilenie nieżytu idzie w parze z nasileniem gorączki, a ustępuje nieżyt oskrzelowy dopiero w 4tym okresie choroby. U chorych na dur brzuszny badano codziennie narząd oddechowy; *bronchitis* bowiem na pozór nieznaczna niekiedy przechodziła w przeciągu jednéj doby w t. zw. opustowe zapalenie płuc. Badając płuca u chorego na dur brzuszny zazwyczaj przy auskultacyi nie da się wykazać wybitnych zmian z przodu; natomiast z tyłu zmiany są wybitniejsze; oprócz furczeń i pisków słyszymy tam, szczególnie w dole, dosyć liczne rzężenia wilgotne różnobańkowe. Charakterystyczną jest tu tendencyja nieżytu oskrzelowego do zajmowania najniższych części płuc, nawet u takich chorych, którzy podczas gorączki durowéj są niespokojni i zmieniają ciągle swoje położenie w łóżku.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Oceny i sprawozdania.

Najnowsze poglądy na chorobę Brighta.

Podał Dr. Pisek ze Lwowa.

Począwszy od chwili, gdy Bright zwrócił uwagę lekarzy na związek puchliny ze zmianami nerek i z białkomoczem, aż do dni naszych pisano tyle o chorobie Brighta, że chyba tylko znakomita wiedza i niezwykle rozległe doświadczenie uprawniają do zabierania głosu w téj mierze. Jeżeli niniejszém zamierzamy podać najnowsze poglądy dotyczące wzmiankowanéj choroby, poglądy, które zdaje się, iż wkrótce staną się własnością ogólną, to sądzimy, iż rozgłośne imię Rosensteina, przedstawiciela tychże, dostatecznie nas usprawiedliwia. Studyja tego znakomitego klinicysty i szczegółowe jego prace nad chorobami nerek, w części znane z lat dawniejszych, czynią poglądy jego tém cenniejszemi, że wzbogacił takowe nowemi faktami, które czynią możebném ujęcie całéj nauki w jednę organiczną całość. Na zeszłorocznym londyńskim międzynarodowym kongresie lek. przedstawił Rosenstein wyniki, do których doszedł, wyniki, które dziwném zrządzeniem przypominają wielce zapatrywania Brighta na témże samém miejscu przed pół wiekiem głoszone.

Wprzód jednakowoż może nie od rzeczy będzie naszkicować tylko kilku rysami historyję rozwoju pojęć o téj chorobie[1]); znaczenie bowiem każdego kroku naprzód w nauce uczynionego, a szczególniéj w medycynie, dopiero wtedy w prawdziwém przedstawia się świetle, gdy znamy jego początek i koleje, jakie przechodził. Nie ma bowiem lepszéj i sprawiedliwszéj miary dla oceny wartości tego, co wiemy, nad historyczne zestawienie faktów odnośnych. Tylko tą drogą w istocie dowiedzieć się możemy, o ile „nauka postąpiła“.

„Diseased kidney in dropsy“, oto napis rozdziału pamiętników, wydanych w r. 1827, w którym po raz pierwszy John Bright mówi o związku, jaki zachodzi między białkomoczem a puchliną z jednéj strony, a zmianami nerek z drugiéj. Na 23 przypadków 17 razy wykonywał oględziny pośmiertne i z podziwienia godną dokładnością opisuje anatomiczne zmiany, rozróżniając już trzy odmiany tego cierpienia. Przyznaje się wszelako otwarcie, że nie wie, czy miał przed sobą poszczególne okresy tego samego cierpienia lub też odrębne jednostki chorobowe. Do formy pierwszéj zalicza Bright nerki żółtawe miejscami szarawe, wielkości prawie niezmienionéj. Najczęściéj widział te nerki u osób wynędzniałych, np. u suchotników. W późniejszym okresie staje się powierzchnia guzowatą, wyniosłości są bledsze od otoczenia i „nie dają się masą injekcyjną nastrzyknąć“.

W poczcie drugim umieszcza nerki o ziarnistéj powierzchni, przekrój w początkowych okresach przedstawia się jakby wśród niego tkwiły ziarenka piasku, późniéj widać w istocie korowéj coraz liczniejsze szarawe „nieprzeźroczyste złogi“. Nerka bywa raz większą raz mniejszą niż w stanie prawidłowym.

Do formy trzeciéj zalicza Bright nerki ziarniste, żółtawe lub siwawe, twarde jak chrząstka, złożone z płatów, okazujące na przekroju piramidy tuż pod powierzchnią nerki położone, zbliżone do siebie, każda część narządu wydaje się być skurczoną.

Anatomiczne opisy uzupełnia Bright dokładnemi opisami klinicznemi, uwzględniając prawie wszystkie pytania odnośne. Zasługi i znaczenie Brighta zbyt widoczne. Następcom pozostawało tylko wykończenie w szczegółach. Christinson w Edynburgu a Gregory w Dublinie pracują w kierunku przez mistrza naznaczonym i zdobywają dla zapatrywań Brighta coraz szersze podstawy, jakkolwiek nie brakło na opozycyi broniącéj zdania wprost przeciwnego. Ona to twierdziła, że zmiany w nerkach są następstwem a nie przyczyną białkomoczu i puchliny. Poglądy te w części i w innéj nieco formie głoszone w najnowszych czasach, przecież, jak widzimy, nie są „nowemi“! Elliotson i Graves reprezentują ten kierunek, który jednakowoż większego koła wyznawców nie znalazł, zwłaszcza że Bright coraz to liczniejszemi spostrzeżeniami stwierdzał pierwotnie głoszone zdania. Nie mało przyczyniał się do tego i głos Rayera, świetnego paryzkiego lekarza i nauczyciela klinicznego, który, poznawszy całą doniosłość nowéj nauki, słowem i piórem zasady jéj głosił. Późniejsze jego prace nad nerkami znakomicie też posunęły naprzód naukę o „chorobie Brighta“.

Drobnowidowych studyjów, mało wówczas zresztą robionych, tém mniéj mogło być w przedmiocie tym, ile że prawidłową histologiję nerek ledwie że nie w samym zarysie znano. Nie dziw tedy, że dopiero w r. 1837 pojawia się po raz pierwszy praca mikroskopowa o „chorobie Brighta“ Valentina, który jednakowoż co do istoty choroby właśnie na podstawie swych badań stanął po stronie przeciwników Brighta.

[1]) Według Frerichsa, Taubego, Bartelsa i innych.

Utrzymywali oni, że zmian pierwotnych należy szukać we krwi, że to co w nerkach przy sekcyi widzimy, są to następstwa owych zmian, skutki złogów białkowatych moczu w nerkach. Ważnym argumentem miał być dość często napotykany brak zmian w nerkach po śmierci u osób, u których za życia niewątpliwie białkomocz stwierdzono. Kto jednak wie, jak złudném jest nieraz mikroskopowe wejrzenie nerki, jak często (tylko drobiazgowe) badanie mikroskopowe wykrywa znaczne zmiany w nerkach na pozór zdrowych, tego powyższy dowód przeciwników Brighta nie zadziwi. Nadto licznie przedsiębrane chemiczne rozbiory krwi miały przemawiać na korzyść tych zapatrywań, w których obronie stanął i Valentin. Do tejże samej szkoły humoralno-patologicznéj Elliotsona, Gravesa i Valentina przybyło późniéj wielu innych, że wymieniamy tylko takich jak Prout, Robin, Gubler, znakomitych przedstawicieli już nowszéj szkoły paryzkiéj. Wszyscy ci autorowie, w zasadzie zgodni, znacznie się różnili co do wywodu początków owéj zmiany we krwi, upatrując przyczynę takowéj każdy w innym narządzie lub w innéj fizyjologicznéj funkcyi ustroju.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Dr. Julijusz Kratter (w Gracu): **O wydzielaniu się strychninu w moczu.**

Podczas gdy nie ulega wątpliwości, że liczne alkaloidy, dostawszy się do dróg pokarmowych lub wprost do obiegu krwi, nierozłożone wydzielają się szybko w moczu (koniin, nikotyn, weratryn, akonityn, atropin, hyoscyjamin, morfin) tak że np. badanie moczu służy do wykrycia zatajonego morfinizmu,—zachodzą dotąd wątpliwości co do strychninu, albowiem podczas gdy jedni badacze twierdzą, że alkaloid ten rozkłada się w organizmie i nie pojawia się wcale w moczu, Dragendorff, Masing i Cloëtta podają, że się wprawdzie niezmieniony dostaje do moczu, ale opierając się na doświadczeniach czynionych na zwierzętach, twierdzą zarazem, że strychnin zatrzymuje się w wątrobie i dopiero po upływie dni kilku pojawia się w moczu, tak że badanie moczu w otruciach ostrych strychninem nie może mieć żadnego znaczenia. Natomiast K. podaje przypadek samobójstwa przez otrucie strychninem, w którym badanie, uskutecznione przez prof. Schauensteina, już po $1\frac{1}{2}$ godzinie sprawdziło obecność w moczu alkaloidu w mowie będącego.

Celem rozstrzygnięcia wątpliwości K. postanowił dochodzić téj kwestyi na człowieku, a sposobność ku temu nasunęła się z łatwością, bo wypadało tylko badać mocz ludzi, którym w klinice okulistycznéj wstrzykiwano podskórnie strychnin z powodu rozpoczynającego się zaniku tarczy n. wzrokowego. Na podstawie kilkunastu doświadczeń w tym kierunku czynionych autor dochodzi do następujących wniosków:

1) Strychnin, w jakikolwiekbądź sposób dostaje się do organizmu, bardzo szybko przechodzi w obieg krwi.

2) Wydziela się moczem nierozłożony, a wydzielanie rozpoczyna się z pewnością już w godzinę po wejściu do ustroju.

3) Wydzielanie kończy się najdłużéj w ciągu 48 godzin.

4) Zdanie, jakoby strychnin przebywał długo w wątrobie, jest nieuzasadnioném.

5) We wszystkich przypadkach otrucia ostrego strychninem mocz jest najważniejszym przedmiotem badawczym. *(W. med. Woch.* 1882, Nr. 8—10). *L. B.*

Debove, Beaumetz, Ferrand: **O sztuczném żywieniu suchotników.**

Jednym z najnieprzyjemniejszych objawów towarzyszących suchotom płucnym, przyspieszającym wyniszczenie chorego, jest zupełny brak łaknienia. Chorzy miewają częstokroć taki wstręt do jedzenia, że jeżeli mimo to cokolwiek spożyją, dostają regularnie wymiotów. Przypuszczając, że brak ten apetytu nie polega prawdopodobnie na znacznych zaburzeniach w trawieniu, postanowił Debove uciec się do sztucznego żywienia suchotników za pomocą cewnika żołądkowego *(alimentation forcée).* Z dotychczasowych doświadczeń w tym kierunku zdał D. sprawę w Nrze 161 i 162 *Union médicale.* Pierwsza próba była bardzo zachęcająca. Suchotnik znacznie już wyniszczony, który wypiwszy parę łyżek mleka za każdym razem musiał wymiotować, zniósł bardzo dobrze cały litr mleka wprowadzony do żołądka cewnikiem, po uprzedniém wypłukaniu treści żołądkowéj. Wkrótce mógł D. powiększyć ilość pokarmów do tego stopnia, że nareszcie chory dostawał w dwóch posiedzeniach 2 litry mleka, 200 gramów surowego mięsa skrobanego i 10 jaj surowych na dobę. Badanie wypłuczyn, dokonane przed każdą nową dawką, wykazało, że wszystkie pokarmy ulegały zupełnemu strawieniu. Rezultat był bardzo pomyślny; chory stawał się coraz silniejszy i przybierał na wadze, średnio o 92 gramów dziennie; poty nocne i bezsenność ustąpiły zupełnie, wykrztusiny stały się mniéj obfite. Zmiany chorobowe w płucach (jamy) nie zmieniły się, natomiast zmniejszył się towarzyszący nieżyt oskrzeli. Chory, który dotychczas nie mógł opuścić łóżka i przy najmniejszym ruchu doznawał silnéj duszności, mógł teraz swobodnie chodzić po schodach i przez cały dzień zostawać na nogach. Podczas powyższego żywienia, trwającego przeszło miesiąc, dwa razy tylko pokazały się objawy zakłóconego trawienia, wymioty i biegunka, raz po dodaniu 60 grm. tapioki do mleka, drugi raz po wypiciu wielkiéj dawki rumu. U dwóch innych suchotników rezultat był równie pomyślny; to samo u histeryczki, która skutkiem kurczów połyku i niemożności przełykania w wysokim stopniu wychudła; nareszcie u chorego z wrzodem żołądkowym, który doznawał wielkiego wstrętu do mleka. Że pomyślne te wyniki nie zależały od wypłókiwania żołądka, można wnosić ztąd, że u suchotnika, u którego nie wypłukiwano żołądka, rezultat był równie dobry. Przy tém zasługuje na uwagę okoliczność, że chorzy niedoznający przedtém wcale łaknienia, podczas sztucznego żywienia zaczynali powoli doznawać uczucia głodu. Badanie moczu chorego sztucznie żywionego wykazało: ilość moczu znacznie zmniejszoną, oddziaływanie kwaśne wzmożone, ilość mocznika w dwójnasób powiększoną, białka nieco więcéj. Powiększenie ilości mocznika tłumaczy się samo przez się; co do zmniejszonéj ilość moczu przypuszcza D., iż zależy to od tego, że chorzy niepocący się tak jak pierwéj i sypiający dobrze, mniéj potrzebowali pić wody; co się nareszcie tyczy wzmożonego białko moczu przypomina D. spostrzeżenia wielu fizyjologów, według których małe ilości białka kurzego mogą się wydzielać przez nerki. Rezultaty Debovego zachęcały do dalszych doświadczeń.

Wkrótce téż ogłosił podobne powyższym przypadki w *Union médicale* Nr. 170 Dujardin-Beaumetz, nadając postępowaniu Debovego nazwę sztucznego trawienia *(alimentation artificielle),* miasto trawienia przy-

musowego *(forceé)*, o którém możnaby mówić odnośnie do chorych umysłowych itp. D.-B. potwierdza pomyślne wypadki otrzymane sztucznémi trawieniem u suchotników. W razie istnienia nieżytu lub rozstrzeni żołądka wypłukiwał najpierw żołądek słabym rozczynem dwuwęglanu lub siarkanu sodowego (4·0 względnie 6·0 na 1000 wody), poczém wprowadzał 100—150 grm. oleju wątluszowego, następnie 100 grm. peptonów, nareszcie pożywkę składającą się z 4 jaj surowych, 100—150 grm. drobno skrobanego surowego mięsa i tyle mleka, aby całą pożywkę należycie rozrzedzić; do tego dodawał 20—30 grm. soli kuchennéj i pewną ilość ciepłego mleka. W biegunkach dodawał nieco *magist. bismuthi.* We wszystkich przypadkach ciężar ciała najprzód się wzmagał, późniéj zaś na równéj utrzymywał się wysokości, objaw u suchotników bądź co bądź pomyślny, sen bywał lepszy, poty nocne ustępowały, gorączka, kaszel i ilość plwocin zmniejszały się, chociaż objawy przedmiotowe ze strony płuc nie ulegały zmianie. W jednym przypadku, w którym, mimo dobrego apetytu, próbowano sztucznego karmienia, rezultat był niepomyślny, dla tego poleca autor postępowanie to tylko w przypadkach zupełnego braku łaknienia u suchotników. Wrzody na nagłośni lub w wejściu do krtani mogą sprawiać bóle przy wprowadzaniu cewnika, a więc mogą stanowić przeciwwskazania do postępowania Debovego.

Do nieco odmiennych wypadków doszedł Ferrand *(Union méd.* 1882, Nr. 11). Sztuczne karmienie suchotnika przez trzy miesiące usunęło wymioty, poprawiło apetyt i siły chorego, poczém jednak, mimo dalszego karmienia cewnikiem żołądkowym, wymioty znów powróciły, a chory po 2 miesiącach umarł. Rezultat zatém był tylko przemijający, co zdaniem Ferranda inaczéj być nie może; sztucznem bowiem karmieniem możemy doprowadzać do żołądka dostateczną ilość pokarmów i poprawić trawienie, ale nie możemy wzmódz należycie przyswajania pokarmów strawionych w obec ogólnéj kacheksyi wywołanéj cierpieniem płuc.

Dr. Smoleński (Jaworze).

Dr. Eckstein: O białkomoczu w chorobach gorączkowych, w szczególności o białkomoczu gorączkowym.

E. odróżnia 3 postacie białkomoczu w przebiegu chorób gorączkowych:

1) Białkomocz wywołany ostrém zapaleniem nerek, 2) Właściwy białkomocz gorączkowy, 3) Białkomocz wywołany wygórowanemi zastojami w układzie żylnym. E. uważa dotychczasowe tłumaczenia tego zjawiska za niedostateczne, sądzi raczéj, że białkomocz gorączkowy polega na poronnéj postaci ostrego zapalenia nerek, być może wywołanego przez pasorzytnicze żyjątka zakaźne lub téż przez istoty zapalnotwórcze, wydzielające się z moczem. Ostre zakaźne zapalenie nerek i zmiany gorączkowe w nerkach są zatém tylko różnemi stopniami téj saméj sprawy chorobowéj. *(Deutsche med. Woch.* 1881, Nr. 49). *Dr. Smoleński* (Jaworze).

Wiadomości pomniejsze.

(L. K.) **Kwas karbolowy przeciw kokluszowi** *(Pertussis)*. Dr. Oltramaré podaje w *Progrès médical* następujący sposób leczenia kokluszu. Z rozczynu według recepty Rp. *Acidi carbolici 1.00, Aq. destillatae 80.00, Syr. Menthae 40.00*, każe podawać 3 do 4 łyżki dziennie. Dr. O. miał po tém leczeniu otrzymywać świetne wyniki. Prócz téj metody używa Dr. O. z dobrym skutkiem także wziewań kwasu karbolowego *(Allg. M. C. Ztg.*, 1882, s. 292).

(L. K.) **Olej Auda-Assu.** Auda-Assu jest nasieniem rośliny brazylijskiéj z rodziny Euphorbiaceae, Johannesia princeps Vell. Auda Gomesii Jus. Nasion téj rośliny, zwanych Audá-açci, indaynçée, purga de gentio, coco de purga itd. używają mieszkańcy południowéj Ameryki już od dawien dawna jako środka leczniczego w chorobach wątroby, żółtaczce i puchlinie. Z 50 ziarn tego nasienia, ważących niespełna 350gm., otrzymuje się 48gm. oleju bezwonnego, słodkawego, przeźroczystego, nieco żółtawo zabarwionego. Olej ten rozpuszcza się w eterze, olejku terpentynowym, benzynie, ma c. g. 0.9176 przy 18°C., krzepnie przy + 8°C. Pierwiastkiem skutecznym według Olliviera jest Johannesin, który z kwasami daje sole. Według badań Dra Joao Manoel de Castro wystarcza zupełnie 10 gramów oleju, aby po 2 do 3ch godzinach wywołać kilka bezbolesnych wypróżnień. Olej ten w dawce powyższéj nie wywołuje żadnych ubocznych niemiłych przypadłości, jak nudności, wymiotów, zadrażnienia kiszek itd. W większych dawkach działa jako silne drasticum. Olej więc Auda-Assu różni się od oleju rącznikowego *(oleum ricini)* następującemi zaletami: 1. jest skutecznym w dawkach o wiele mniejszych, 2. nie jest tak gęstym jak olej rącznikowy, 3. smak ma o wiele znośniejszy. — *(D. M. Wschrift* 1882, Nr. 13).

(L. K.) **Wstrzykiwanie Kalium bromatum w rzeżączce** *(gonorrhoea)*. Cambillard używa szczególniéj przeciwko bolesnym wyprężeniom prącia *(erectio penis)* w rzeżączce wstrzykiwań bromku potasu. Zapisuje go w formie następującéj:

Rp. *Kal. bromat.* 6.00
Trae Opii 2.00
Glycerin. pur. 10.00
Aq. destill. 150.00

DS. Cztery razy przez dzień wstrzykiwać.

Ostatnie wstrzykiwanie poleca przed spaniem. Lek ten musi 2 do 3 minut pozostać w cewce. Wstrzykiwania nie są bolesne. *(Journal de Thérap.* 1881).

(L. K.) **Szczególny sposób otrucia fosforem.** Landerer opowiada następujący przypadek. Pewna kobieta, spodziewając się znacznego spadku po swoim 15-letnim krewnym, otruła go przez wprowadzenie główek fosforowych z zapałek do kiszki odchodowéj. Chłopiec umarł jeszcze téj saméj nocy pośród silnych bólów i objawów *Proctitis*. Sekcyja dopiero przy samym końcu wykazała przyczynę śmierci. Skrytobójczyni odebrała sobie życie zaraz po wykryciu przyczyny śmierci chłopca. *(Archiv d. Pharm.* 1. Heft. 1882).

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie I dnia 4go stycznia 1882 r.

Przewodniczący: kol. prof. Domański. Członków obecnych 28.

1. Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.
2. Przyjęto na członka korespondenta Towarzystwa Lek. krak. Dra Leona Jaklińskiego w Wisowicach (na Morawie).
3. Nastąpiły sprawozdania za rok ubiegły, a mianowicie: kol. Zarewicz, jako sekretarz stały, odczytał sprawozdanie ogólne jakoteż sprawozdanie naukowe, ułożone przez sekretarza dorocznego kol. Balickiego. Kol. prof. Oettinger zdał sprawę z czynności Komisyi terminologicznéj. Kol. doc. Grabowski odczytał sprawozdanie Komisyi redakcyjnéj Przeglądu Lekarskiego. Kol. doc.

Obaliński odczytał sprawozdanie kasowe; przyczém kol. doc. Mars, imieniem komisyi sprawdzającéj rachunki, oświadczył, że znaleziono je w jak największym porządku i wniósł: Towarzystwo Lekarskie wyrazi koledze podskarbiemu piśmiennie swoje uznanie i podziękowanie za wzorowe i gorliwe prowadzenie rachunków kasowych. Wniosek jednomyślnie z wielkiem zadowoleniem przyjęto. Kol. Ściborowski odczytał sprawozdanie z czynności Komisyi balneologicznéj, które bez dyskusyi przyjęto. Tenże zdał sprawę z czynności Komisyi dla popierania przemysłu krajowego w zastosowaniu do celów leczniczych, wykazujące, że Komisyja w roku ubiegłym miała bardzo mało do czynienia, gdyż 11 tylko przetworów miała do ocenienia (i to 7 pozostałych z roku poprzedniego, a 4 zaledwie nadesłane w roku ubiegłym). Na zapytanie kol. prof. Rydla, w jaki sposób Komisyja załatwiała swoje czynności, gdyż wcale nie wie o tém, żeby odbywała posiedzenia, sprawozdawca odpowiedział, że w obec tak niewielkiego materyjału do zajęcia posiedzeń nie zwoływał, wiedząc, że członkowie Komisyi są obarczeni nawałem różnych zajęć i posiedzeń; żeby zaś Komisyja zadaniu swemu odpowiedziała, postępowano w ten sposób: że Przewodniczący każdy przetwór oddawał do zbadania, wypróbowania skuteczności i ocenienia dwom lub trzem kolegom specyjalistom, a w razie potrzeby do zbadania chemicznego prof. Dr. Olszewskiemu, zdanie zbiorowe tych kolegów dwa razy do roku przedstawiał na posiedzeniach Towarzystwa Lekarskiego, które ostatecznie miało orzekać, czy przetwory nadesłane zasługują na polecenie lub nie. W ten sposób zbadanemi i ocenionemi zostały wszystkie nadesłane przetwory, prócz jednego, który Komisyja dopiero w grudniu r. z. otrzymała. Zdaniem sprawozdawcy komisyja w ten sposób zadaniu swemu, dla którego została zawiązaną, należycie odpowiedziała. Po dłuższéj dyskusyi, w któréj brali udział oprócz sprawozdawcy koledzy: prof. Rydel, prof. Oettinger i Murdzieński, na zapytanie kol. prof. Oetingera i Murdzieńskiego, czy w obec tak małego zajęcia Komisyja ma warunki bytu, i czyby nie było właściwe jéj rozwiązanie Sprawozdawca zgodził się, że rzeczywiście materyjał nadesłany jest za mały, aby nim osobna zajmowała się Komisyja, a zatém oświadczył, że nie ma nic przeciw jéj rozwiązaniu. Po takiém wyjaśnieniu Towarzystwo uznało Komisyję tę za rozwiązaną.

4. Posiedzenie zamknął prof. Domański krótkiém przemówieniem, w którém wykazał, że Towarzystwo Lekarskie krakowskie w roku ubiegłym nietylko pracowało w zwykłym zakresie pomyślnie, ale nadto wywiązało się szczęśliwie z zadań nadzwyczajnych: urządziło Zjazd lekarzy i przyrodników polskich uświetniony licznym udziałem Czechów, doprowadziło do skutku jubileusz czcigodnego prezesa Józefa Majera wręczając mu album artystycznie wykonane z podpisami przeszło tysiąca lekarzy polskich i wydało nareszcie Słownik terminologii lekarskiéj polskiéj. Zasług atoli ztąd Towarzystwo Lekarskie krakowskie sobie wyłącznie przypisywać nie może; dopięło ono bowiem swych zamiarów jedynie przy życzliwém poparciu ze strony nietylko ogółu lekarzy polskich ale nadto i korporacyj, między któremi największa wdzięczność należy się Towarzystwu Lekarskiemu warszawskiemu, które licznym udziałem swych członków w Zjeździe lekarzy i przyrodników i wytworném wydaniem przypisanego J. Majerowi przedruku dzieła znakomitego Oczki poparło dzielnie usiłowania Tow. Lek. krak. W końcu podziękował Przewodniczący za zaufanie, jakiém go koledzy obdarzyli powołując go na urząd w Towarzystwie i zachęcił obecnych do wytrwania na raz obranéj drodze. *Dr. Stanisław Balicki*

Sekretarz.

Stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie.

Zgromadzenie ogólne zwyczajne VI w dniu 31 marca 1882.

Przewodniczący prof. Dr. Korczyński. Członków obecnych 25.

1. Sekretarz Dr. Kwaśnicki odczytał następujące sprawozdanie roczne:

Dnia 1go października 1880 r., t. j. w dniu zamknięcia przeszłego roku, stan liczebny Stowarzyszenia był następujący: członków honorowych 2, czynnych 137, prenumeratorów 19, ogółem członków i prenumeratorów 158. W roku ubiegłym, z którego zdaję sprawę, zaszły następujące zmiany: umarło członków czynnych 4, mianowicie: prof. Janikowski, Drowie Demetrykiewicz, Kułakowski i Rasp: przybyło członków czynnych dwóch, Drowie Witkowski i Tarchalski, oraz 4 prenumeratorów; Drowie Fabijan, Malcz, Natanson, Zagrodzki; obecnie Stowarzyszenie liczy członków czynnych 135, prenumeratorów 23, członków honorowych 2, razem 160 członków i prenumeratorów, a zatém o 2ch więcéj aniżeli w roku przeszłym.

W zeszłoroczném sprawozdaniu zapowiedzianém było wydanie w dwóch tomach Akuszeryi docenta Dra Jordana. Tom pierwszy, obejmujący część fizyjologiczną ciąży, porodu i połogu został wydany i rozesłany członkom i prenumeratorom bezpłatnie jako premijum za r. 1880; Wydział posiada przyrzeczenie kol. Jordana, że tom drugi jego cennéj pracy, obejmujący patologiję i terapiję ciąży, porodu i połogu, będący końcem dzieła, wkrótce w rękopiśmie zostanie doręczony Wydziałowi. W tymże 1881 r. została wydaną większa część syfilidologii Dra Krówczyńskiego, druk resztującéj części wkrótce zostanie ukończonym; Wydział uchwalił rozesłać to dzieło bezpłatnie jako premijum za r. 1881.

D. 24 stycznia 1880 r. w Nrze 4tym Przeglądu Lekarskiego Przewodniczący, w porozumieniu z Drem Matlakowskim, rozpisał konkurs, polegający na doręczeniu 165 złr. powstałych z spieniężenia złotego medalu po śp. Drze Kowalewskim, autorowi najlepszéj pracy treści lekarskiéj lub przyrodniczéj. Termin konkursu upłynął dnia 1go grudnia 1881 r., lecz nikt nie nadesłał pracy ubiegającéj się o wyżéj wymienioną nagrodę; po porozumieniu się Przewodniczącego z Drem Matlakowskim konkurs ten został przedłużonym do dnia 1 stycznia 1884 r.

Jak wiadomo Szanownemu Zgromadzeniu III Zjazd lekarzy i przyrodników polskich połączony był z wystawą przyrodniczo lekarską; w myśl wezwania Komisyi wystawowéj Wydział umieścił na Wystawie wszystkie dzieła przez Stowarzyszenie wydawnicze wydane, za które przyznanym został Stowarzyszeniu przez *jury* medal bronzowy.

Rozsprzedaż dzieł przez Stowarzyszenie wydanych i w r. ubiegłym była nader leniwą; zatém pomimo że stan liczebny Stowarzyszenia w roku ubiegłym polepszył się, że fundusz wydawnictwa zwiększył się o kilkadziesiąt złr., Wydział nie jest w szczęśliwéj możebności oświadczenia Szanownemu Zgromadzeniu, że działalność jego jest skuteczną w tym stopniu, jak to sobie pierwotnie zakreślił. W celu pomnożenia środków rozsprzedaży dzieł wydawanych przez Stowarzyszenie i wyrobienia systematycznego planu w pomnażaniu literatury lekarskiéj ojczystéj, Wydział z własnéj inicyjatywy poruszył podczas przeszłorocznego Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich sprawę wejścia w stosunek z wydawnictwem „Biblijoteki Umiejętności lekarskich“, i spodziewa się że jeśli stosunek ten da się przeprowadzić, obydwa wydawnictwa rozszerzą zakres swego działania z pożytkiem dla piśmiennictwa polskiego.

2. Na wniosek Przewodniczącego Zgromadzenie oddaje przez powstanie cześć zmarłym Członkom.

3. Przewodniczący przedkłada medal bronzowy, który Stowarzyszenie otrzymało na Wystawie przyrodniczo-lekarskiéj.

4. Dr. Ściborowski i Dr. Skobel, sprawdziwszy rachunki po dzień 15 października 1880, wnoszą udzielenie Wydziałowi Stowarzyszenia absolutoryjum za ten czas, co też jednogłośnie przyjęto. Do sprawdzenia rachunków z roku ubiegłego zaproszono ponownie Dra Ściborowskiego i Dra Skobla.

5. Wybrano na dalsze dwulecie prezesem prof. Dra Korczyńskiego, wiceprezesem prof. Dra Oettingera, członkami Wydziału Drów Grabowskiego, Kwaśnickiego, Paszkowskiego, Pieniążka, Skobla i Walentowicza, zastępcami Drów Buszka, Wiszniewskiego i Zarewicza.

6 Wybrano komisyję do porozumienia się z wydawnictwem Biblijoteki Umiejętności lekarskich. Oprócz członków Wydziału w skład komisyi weszli Proff. Dr. Domański, Jakubowski i Rydel, Dr. Baraniecki i Skórczewski.

7. Uchwalono przesłać bezpłatnie po 1 egzmpl. dzieł wydanych Wydziałowi lekarskiemu Towarzystwa Akademików Polaków w Berlinie, i Naczelnemu chirurgowi armii Stanów Zjednoczonych w zamian za biblijografiję lekarską.

8. Nowoprzystępującym Członkom i Prenumeratorom uchwalono odstępować dzieła dotychczas wydane o 30% niżéj ceny księgarskiéj, a to w celu zachęcenia do liczniejszego przystępowania do Stowarzyszenia.

9. Podskarbi doc. Dr. Grabowski przedstawia roczne zamknięcie rachunków z dniem 15 października 1881. Dochód wynosił 654 złr. 53 ct., (a mianowicie: odsetki od kapitału 130 złr. 88 ct., wkładki wstępne członków 80 złr. 58 ct., składki roczne 282 złr. 82 ct., zwrot nakładów przez rozsprzedaż dzieł 160 złr. 25 ct.). Rozchód wynosił 598 złr. 27 ct. (a mianowicie: wydatki pocztowe 21 złr. 46 ct., wydatki administracyjne i kancelaryjne 11 złr. 42 ct., ogłoszenia 4 złr. 14 ct., nakład dzieł 561 złr. 25 ct.). Pozostała więc nadwyżka dochodu w kwocie 56 złr. 26 ct. w. a. Zaległości w składkach członków wynoszą 239 złr. 55 ct. w. a.

Dodając do kapitału, wykazanego w dniu 15 października 1880 w kwocie 2412 złr. 56½ ct., nadwyżkę dochodu 56 złr, 26 ct., kapitał Stowarzyszenia przedstawia się w dniu 15 października 1881 roku w kwocie 2468 złr. 82½ ct. w. a.

10. Po krótkiéj dyskusyi uchwalono, z małemi tylko poprawkami stylistycznemi, zmiany w Statucie przez Wydział wniesione. Zmiany te odnoszą się przedewszystkiém do

a) zmiany nazwy „Stowarzyszenie do wydawnictwa dzieł lekarskich w Krakowie“ na „Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich w Krakowie;“

b) uchylenia zanadto ścisłego związku między Stowarzyszeniem a młodzieżą lekarską, który okazał się niepraktycznym;

c) ustanowienia prenumeratorów, którzy nie opłacając żadnéj składki wstępnéj, obowiązani tylko do składania prenumeraty rocznéj w kwocie 2 złr., uzyskują prawo nabywania dzieł przez Towarzystwo wydanych po cenie co najmniéj o 25% tańszéj od ceny księgarskiéj, w razie możności zaś otrzymują dzieła bezpłatnie, a mając prawo głosu i wyboru czynnego na Zgromadzeniach ogólnych mogą miéć pewien wpływ na kierunek Towarzystwa;

d) odbywania Zgromadzeń ogólnych zwyczajnych w miesiącu styczniu zamiast maju każdego roku;

e) postanowienia, że w razie, gdyby Zgromadzenie ogólne, należycie poprzednio ogłoszone, nie przyszło do skutku z powodu niedostatecznéj liczby Zgromadzonych, rozpisaném zostanie ponowne Zgromadzenie, którego uchwały będą prawomocne bez względu na ilość zebranych Członków;

f) dodania ustępu, któryby upoważniał Wydział do zawierania stosunków księgarskich i związków z innemi wydawnictwami dzieł lekarskich celem popierania sprzedaży dzieł przez Stowarzyszenie wydawanych.

Na tém posiedzenie zakończono.

Dr. Kwaśnicki.
Sekretarz.

IV. O elektryczném działaniu ustroju ludzkiego (w szczególności ręki) na przedmioty martwe.

(Wykład streszczony Doc. Dra Ochorowicza, miany we Lwowie na posiedzeniu Tow. Lek. Gal. d. 27 marca 1882 r.)

Powołując się na poprzedni wykład (p. Przegląd Lek. Nr. 9 z d. 4 marca b. r.), prelegent opowiada, w jaki sposób dążył do wykrycia środków i metod ściślejszego badania zjawisk, zwanych magnetycznemi, po wyłączeniu z nich wpływu wyobraźni, przyczém doszedł do przekonania, że w obec znacznego udziału téj ostatniéj nawet w doświadczeniach na zwierzętach, nie będzie można mówić o stanowczém wyjaśnieniu kwestyi dopóty, dopóki nie uda się wykazać wpływu ręki na odpowiednie przyrządy fizyczne, i dopóki nie będzie można działań bijologicznych kontrolować fizycznie. Prelegent z przyjemnością oświadcza, że po długich, mniéj szczęśliwych próbach, udało mu się osięgnąć dodatni rezultat, i takowy chce zgromadzeniu przedstawić.

Ponieważ doświadczenia na osobach bardzo wrażliwych wykazały, że mogą one czuć działanie ręki z odległości za pośrednictwem prętów, sznurów, rzemieni i t. p.; daléj ponieważ objawia się niekiedy przyciąganie ciała w takich warunkach, w których ani wyobraźnia, ani ciepło, ani odruchy przyciągania tego wytłómaczyć nie mogą; ponieważ wreszcie u niektórych osób przedmioty bez ich wiedzy „magnetyzowane“ wywierają wpływ, którego przedtém nie wywierały: należało więc sprawdzić, na czém ten wpływ polega.

Prelegent jeszcze przed czterema laty robił doświadczenia z radyjometrem Crookesa, i przekonał się, że ręka nań działa zarówno wprost jak i przez pośrednictwo wody trzymanéj w szklance, ale działanie to było wyłącznie cieplikowe. Następnie przekonał się, że różne ciała (pewne gatunki papieru, drzewa, naskórek z kory brzozowéj i t. p.) pocierane ręką, nabierają własności przyciągania ciał lekkich podobnie jak żywice. W dalszym ciągu sprawdził, że karta trzymana na palcach, w jednę wiązkę zebranych, przyjmuje niekiedy ruch obrotowy, niedający się wytłómaczyć ani mimowolném kurczeniem mięśni, ani uderzeniami tętna, ani parowaniem i ciepłem ręki. (Doświadczenie to prelegent pokazuje, robiąc porównawcze próby z działaniem elektryczności statycznéj. Karta umieszczona na butelce lejdejskiéj, za zbliżeniem ręki posuwa się za nią w dowolnym kierunku). Dr. O. nie uważa jednak tego doświadczenia za stanowcze, ponieważ działanie ręki jest tu przeważnie bierném i opartém tylko na prawach influencyi. Takiém samém jest działanie ręki na igłę magnesową, gdy takowa jest lekko naelektryzowaną. (Dr. O. przedstawia to doświadczenie, przyczém igła, pod szkłem umieszczona, posuwa się za ręką, która toż szkło pociera irchą, następnie zaś cofa się za zbliżeniem palca). Doświadczenie to tłómaczy zjawiska, opisane przez Reichenbacha i Fechnera, a uważane przez tego ostatniego za niewytłómaczalne. Jako fakta pokrewne prelegent przytacza istnienie ryb a wyjątkowo i ludzi elektrycznych.

Więcéj czynnym jest udział ręki w zbliżeniu do figurek elektrycznych, które prelegent pokazuje. Figurki, umieszczone pod szkłem, zostają wprawione w ruch przez potarcie szkła i ręką, a zbliżenie palca działa na nie odpychająco, częścią w skutek tego, że palec jest elektryczném jednoimiennie, częścią zaś w skutek przewodnictwa ręki. Dmuchnienie znosi natychmiast ruchy figurek wraz z napięciem elektryczném.

Nareszcie przeważnie lub wyłącznie czynną jest rola ręki w działaniu na elektroskop, który wykazuje nietylko istnienie elektryczności w ciele ludzkiém, ale nadto jéj rodzaj. (Dla okazania elektryczności włosów, prelegent zbliża do nich elektroskop, który objawia silne odchylenie listków w skutek elektryczności ujemnéj). Lecz zwykły elektroskop nie wystarcza do wykazania elektrycznego działania ręki. Potrzeba w tym celu użyć przyrządu Behrensa Fechnera z jednym listkiem złota i z suchym stosem Zamboniego. Przy odpowiedniéj czułości i dokładném ustawieniu przyrządu można na nim wykazać działanie ręki. (Prelegent kilkakrotnie powtarza to doświadczenie z pomyślnym skutkiem, wykazując, że ręka jego działa w téj chwili elektro-dodatnio. Zamiast dotykać wprost przyrządu, dotyka tylko linijki papierowéj założonéj na talerzyku, za każdym razem powstaje odchylenie elektro-dodatnie. Toż samo, gdy dotyka rurką szklanną, a więc złym przewodnikiem, co dowodzi, że dla minimalnych napięć elektrycznych szkło nie stanowi przeszkody. Jeżeli jednak szkło nie było poprzednio w ręku, to działanie się opóźnia, potrzymanie go zaś w ręku natychmiast skutek przyspiesza). Następnie okazuje prelegent, że tak zwane magnetyzowanie wody nie jest złudzeniem. W tym celu nalewa wodę zwykłą na spodeczek porcelanowy i okazawszy na elektroskopie, że butelka lejdejska, którą

dotyka przyrządu, nie jest naelektryzowaną, zanurza jéj gałkę w wodę, a zbliżając powtórnie, sprawdza, że i teraz odchylenia nie sprawia. Skoro jednakże potrzymał rękę nad wodą, a następnie umaczał w niéj gałkę butelki, gałka zbliżona do elektroskopu daje odchylenie elektro-dodatnie, t. j. takie same jak ręka. Toż samo doświadczenie powtarza prelegent, elektryzując ręką bawełnę, a nawet oznaczony punkt ściany, do którego rękę przyłożył: punkt ten okazuje następnie własności elektrododatnie. Toż samo wreszcie sprawdzić można na ciele istoty żywéj, pozbawionéj własności elektrycznych, gdyż pocieranie lub dotykanie ręką magnetyzera udziela temuż ciału elektryczności, któréj samo nie posiadało.

Tym sposobem badania Dra O. prowadzą do następujących wniosków:

1) Że tak zwany magnetyzm zwierzęcy, o ile przedstawia działanie czysto fizyczne, jest elektrycznością zwierzęcą statyczną w napięciach minimalnych.

2) Że elektryczność ta może być udzielaną wszelkim ciałom martwym.

3) Że działaniem organizmu zdrowego i silnego na organizm chory i osłabiony, można w tym ostatnim przywrócić naruszoną równowagę elektryczną.

4) Że podobieństwo w działaniu ręki, magnesu i metali tak zwanych „czynnych" polega na tożsamości ich elektryczności minimalnéj, którą elektroskop wykrywa.

Nareszcie co do pytania, czy tu elektryczność jest dodatnią czy ujemną, prelegent opowiada, że w ciele jego, zarówno jak w magnesach i metalach od dnia 18 marca zaszła zmiana, a mianowicie z elektro-ujemnych stały się one po dwudniowych wahaniach elektro-dodatniemi. Ponieważ dnia 18 marca księżyc zaczął się zbliżać do ziemi, a od 19 marca, t. j. od nowiu *(perigeum)*, ciała działały dodatnio, prelegent więc przypuszcza, że zmiana ta była skutkiem zbliżenia się księżyca, który, jak to z innych jego obserwacyj wynika, jest ciałem elektro-dodatniém w stosunku do ziemi elektro-ujemnéj. Na podstawie téj teoryi prelegent wyprowadza wniosek, że jeżeli takowa jest prawdziwą, to począwszy od 30 marca, kiedy księżyc zacznie się oddalać od ziemi, napięcie dodatnie powinno słabnąć, a po pełni księżyca w d. 3 kwietnia *(apogeum)* przejść w ujemne[1]).

W końcu prelegent wspomina o bezpodstawnych zarzutach, jakie czyniono jego poglądom, obecnie stwierdzonym fizykalnie, i wyraża zdziwienie, że ludzie takiéj nauki jak Dr. Hoyer prezes Tow. Lek. Warsz. mogą wypowiadać stanowcze zaprzeczenia, w przedmiocie, którego nie znają, a zajmować się nim nie chcą.

[1]) Wszystkie te przewidywania sprawdziły się. Działanie ręki od 30 marca poczęło słabnąć, a po pełni w d. 4 kwietnia działanie dodatnie przeszło w ujemne.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(K.) W Anglii istnieje sekta ludzi, którzy się sami nazywają „dziwakami" *(peculiar people)*. Jednym z ich przesądów jest niewzywanie nigdy lekarza, lecz zdawanie całéj sprawy chorobowéj opiece boskiéj. Naturalnie, że z tych powodów śmiertelność w téj sekcie jest wielka, i już nie raz występowano przeciw niektórym członkom z oskarżeniem zaniedbania bezpieczeństwa życia. Przed kilkoma tygodniami toczyła się podobna sprawa przed sądem w Kent. Syn 8-letni robotnika w Plumstead koło Londynu zachorował na ospę. Ojciec zamiast wezwać lekarza szukał pomocy u przełożonego sekty. Ten przyszedł, złożył ręce na piersiach dziecka i błagał Boga o utrzymanie życia. Po tych zabiegach leczniczych dziecko zaraz umarło. Sąd uznał ojca winnym zaniedbania ratunku własnego dziecka.

(K.) Leczenie po Amerykańsku. Lekarza z North Adams w Massachusetts zawolano w czasie bardzo burzliwéj nocy do miejscowości Briggsville, odległéj o 2 mile. Ponieważ posłaniec oznajmił, że chodzi tutaj o spieszną pomoc, bo jak się zdaje dziecko dostało dławca *(croup)*, a koni na razie nie można było dostać, przedsiębiorczy więc lekarz kazał dziecko zawieść do stacyi telefonicznéj w Briggsville i oczekiwał sam przy drugim końcu telefonu w North Adams. Dziecko zakaszlało wkrótce w tubę telefonu a lekarz rozpoznał w istocie dławiec. Zaraz téż w odpowiedzi za pomocą telefonu polecił, co uznał za stósowne, a dziecko wyzdrowiało.

(K.) W Medyjolanie odbyło się dotąd w tamecznym zakładzie dla palenia zwłok 188 pogrzebów. Za przykładem Medyjolanu urządziły aparaty do palenia zwłok następujące miasta włoskie: Rzym, Turyn, Padwa, Genua, Bolonija, Wenecyja, Udine, Varese i Modena.

(K.) Donosiliśmy już o założeniu w Kielu przez prof. Esmarcha szkoły, pouczającéj jak się w nagłych przypadkach choroby itp. zachować (Samariter-Schule). W drugiéj połowie marca, za staraniem niestrudzonego profesora chirurgii, zawiązało się Stowarzyszenie „*Samariter Verein*," którego zadaniem będzie zakładać w całych Niemczech szkoły, na wzór szkoły w Kielu, i pouczać ludzi wszelkich stanów, jak się mają zachować w przypadkach nagłych, jakiegoś nieszczęścia zagrażającego życiu człowieka. Prezesem honorowym tego Stowarzyszenia jest wiceadmirał Batsch, przewodniczącym prof. Esmarch, skarbnikiem konsul Bremen. Komitet Stowarzyszenia zajmuje się obecnie wyszukaniem we wszystkich większych miastach niemieckich osób, któreby zechciały objąć kierownictwo i nauczanie w mających się założyć szkołach. Każdemu po ukończeniu kursów w takiéj szkole wolno żądać egzaminu, poczém otrzymuje dyplom, który go obowiązuje do udzielania pomocy potrzebującym bezpłatnie. Członkiem Stowarzyszenia zostaje każdy, kto zobowiąże się uiszczać składkę w ilości przynajmniéj 1 marki na rok. Członkowie dożywotni płacą jednorazowo 20 marek. Za pieniądze w ten sposób uzbierane komitet w Kielu zakupywać będzie potrzebne dla szkół przybory, jak książki, tablice, ryciny, bandaże, modele itd.

(K.) Akademija paryzka na posiedzeniu 20 marca r. b. zastanawiała się nad przyczynami, które mogą wywołać nagłą zmianę klimatu we Francyi, a w ogóle w Europie. Od kilku lat zima, według spostrzeżeń stacyj meteorologicznych, jest krótszą niż dawniéj, a wiosna zaczyna się o parę tygodni wcześniéj; ztąd ciepłota średnia roczna podniosła się w Europie o kilka stopni. Na wniosek p. Faya ustanowi Akademija francuzka, w porozumieniu z Akademiją londyńską, komisyję do zbadania tego ciekawego zjawiska. Jeden z uczestników posiedzenia był zdania, że może Golf-strom obrał sobie inny kierunek, i ztąd zmiana w klimacie; zdania tego jednak zgromadzenie nie podzieliło.

(K.) E. Besnier w ostatnim swoim kwartalniku o chorobach Paryża zwraca szczególniejszą uwagę na coraz większe rozprzestrzenianie się epidemii dyfteryi i na wzrastającą skutkiem niéj śmiertelność. W ostatnim kwartale 1881 r. było w Paryżu 605 przypadków śmierci skutkiem dyfteryi. Śmiertelność w dyfteryi wzrasta od 20 lat coraz bardziéj. Jak terapija jest bezskuteczną w téj chorobie, tak podobnież higijena zdaje się nie posiadać sposobów zapobieżenia rozprzestrzenianiu się téj epidemii. W ciągu roku 1881 leczono w szpitalach paryzkich 1255 chorych na dyfteryję. Z tych umarło 829, a więc 66 procent. Dodać tu jeszcze należy, że wielu chorych opuszczało szpital jeszcze niezupełnie wyleczonych, a więc i z pośród tych musiała śmierć zabrać niejednę ofiarę. Tak wysoki stopień śmiertelności w dyfteryi przypisuje Besnier po części doświadczeniom leczniczym z pilokarpinem. Doświadczenia te obwinia także Dujardin Beaumetz. Zresztą Besnier uważał, że często chorzy szczególniéj w szpitalach dziecięcych, skutkiem nagromadzenia chorych na dyfteryję, ulegają téj strasznéj chorobie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 19 do 25 marca śmiertelność ogólna w Krakowie podniosła się z 41,2 do 47,3 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 0 (5 z. t.), z płonicy 2 (1 z. t.), z błonicy 0 (2 z. t.), z krztuśca

2 (1 z. t.), z duru brzusznego 0 (1 z. t.), z duru osutkowego 5 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach ospy, 4 odry, 4 płonicy, 3 błonicy, 24 duru osutkowego (z I obwodu 1 z kryminału i z aresztów 7, z II obwodu 5, z III obwodu 5, z ogrzewalni 1, ze wsi 5). W tygodniu od 19—25 lutego w Londynie zachorowało świeżo na ospę 99, leczyło się w szpitalach 458, umarło 8. W Wiedniu umarło z ospy 19, w Budapeszcie 8, w Paryżu 14, w Petersburgu 6, w Pradze 9, w Warszawie od 5—11 lutego 48, w Madrycie od 19—25 grudnia z. r. 35. Odra wzmaga się w Kopenhadze zkąd doniesiono o 675 chorych i 22 zmarłych. W Wiedniu i Londynie łagodnieje. Odra w Paryżu i Chrystyjanii nie zmieniła się. Z błonicy umierało więcéj w Tryjeście, Warszawie, Paryżu i Londynie, mniéj w Wiedniu i Petersburgu. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 15, w Warszawie 3, w Maladze i Granadzie po 2,. W Wiedniu, Budapeszcie, Londynie i Saragosie pojawiają się sporadycznie przypadki tyfusu osutkowego. Z krztuśca umarło w Budapeszcie 10, w Londynie 185.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 19 do 25 lutego umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 22,9; we Lwowie 34,8; w Poznaniu 24,5; w Wiedniu 32,2; w Budapeszcie 47,1; w Pradze 37,7; w Tryjeście 39,9; w Berlinie 24,8; w Wrocławiu 31,1; w Gdańsku 33,4; w Mnichowie 40,1; w Dreźnie 30,3; w Lipsku 22,7; w Bazylei 13,0; w Brukseli 27,1; w Amsterdamie 27,2; w Hadze 23,4; w Paryżu 31,7; w Londynie 26,0; w Kopenhadze 36,2; w Stokholmie 26,0; w Chrystyjanii 23,0; w Petersburgu 35,3; w Odesie 36,9; w Wenecyi 34,6; w Bukareszcie 22,1; w Madrycie 48,9; w Aleksandryi 33,8; w Nowym Yorku 35,3; w Filadelfii 27,7; w Bombaju 27,0; w Madrasie 35,8. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 kwietnia. N. Pan zamianował asystenta przy zakładzie farmakologicznym we Wiedniu, magistra farmacyi i doktora medycyny Józefa Łazarskiego nadzwyczajnym profesorem farmakologii i farmakognozyi w Uniwersytecie Jagiellońskim.

Z nominacyją tą Wydział lekarski zyska nową katedrę, o którą się upominano od chwili zgonu śp. prof. Skobla, a w osobie nowomianowanego profesora zdolnego pracownika i pożądanego kierownika dla młodzieży w tych ważnych gałęziach kształcić się chcącéj.

* Namiestnik mianował Dra Zenona Friedmana, asystenta sanitarnego w Bóbrce, lekarzem powiatowym IIgiéj klasy w Gródku, Dra Władysława Kulczyckiego asystentem sanitarnym w Bóbrce, przeniósł zaś lekarza powiatowego Dra Franc. Niedźwieckiego z Gródka do Sambora.

* Dowiadujemy się, że za spokój duszy niewygasłéj pamięci Dra Stanisława Janikowskiego, urządza rodzina zmarłego w piątek dnia 21 kwietnia jako w pierwszą rocznicę jego śmierci nabożeństwo żałobne w kościele św. Anny o godzinie 11 przed południem, na które zaprasza Kolegów, przyjaciół i znajomych.

* Administracyja Przeglądu Lekarskiego posiada jeszcze pewien zapas Nrów Dziennika III Zjazdu lekarzy i przyrodników, ktoby więc życzył sobie nabyć jeszcze lub uzupełnić to wydawnictwo zechce się zgłosić do Administracyi naszego pisma.

□ Dnia 7 bm. liczny zastęp Członków Akademii, Uniwersytetu i byłych uczniów zmarłego odprowadził zwłoki śp. Czerwiakowskiego na miejsce wiecznego spoczynku. Nad grobem prof. Dr. Rostafiński w dłuższéj przemowie podniósł zasługi zmarłego na różnych polach jego naukowéj działalności.

□ Warszawscy lekarze Dr. Kadler i Dr. Henryk Stankiewicz wydzierżawili zakład zdrojowy w Krzeszowicach, gorliwości ich i staraniom uda się zapewne wkrótce podnieść ten zakład i przywrócić mu dawną jego wziętość.

(K.) **Karlsbad.** Dnia 18 marca r. b. wyszły dwa pierwsze numera listy gości kąpielowych w Karlsbadzie. Do 10 marca bawiło w Karlsbadzie 144 osób. W roku zeszłym wyszedł pierwszy numer spisu gości zdrojowych dopiero 7 kwietnia. Prócz tego wyszedł dodatkowy numer, obejmujący spis gości, bawiących w Karlsbadzie od 1 października do 29 grudnia 1881 r. Liczba ich wynosi 158 osób.

(K.) **Paryż.** Wielką nagrodę francuzką Lecaza, 10,000 franków, przeznaczoną dla poświęcających się przez całe życie naukowéj fizyjologii, otrzymał w tym roku Brown-Séquard. Przed nim przyznano tę nagrodę pp. Chauveau, Marey i Dareste.

* **Wiedeń.** (*Koresp. orygin.*) Badanie chemiczne trzew Katarzyny Baloghównéj, uskutecznione przez prof. Ludwiga, wypadło ujemnie; jak było do przewidzenia, kwasu pruskiego nie wykryto. Sprawa samooskarżającego się staje się tym sposobem coraz bardziéj zawiłą, zwłaszcza, gdy śród śledztwa podobno nie wszystko, co podał, okazało się zgodne z prawdą. Tymczasem badają go psychijatrzy sądowi, a jeżeli jest prawdą, że się oświadczą za obłąkaniem moralném, wtedy Sąd pozbyłby się kłopotu.

Sprawa zastępstwa po Ducheku jeszcze nie jest rozstrzygniętą; proponowany przez Wydział lek. Dr. Krejtschy, były asystent zmarłego, nie jest docentem prywatnym, a nie brak starań, aby poruczyć zastępstwo prof. Schrötterowi.

Rozszerzenie gmachu anatomii patologicznéj odroczone na teraz; sprawa ta napotyka na trudności ze strony lekarskiéj, a mianowicie dyrektora szpitala i referenta sanitarnego.

Prof. Kundrat od dni kilku objął kierownictwo zakładu i sam robi sekcyje kliniczne. Dr. Chiari powrócił znów do szpitala Rudolfa.

Muzeum sądowolekarskie wzbogaca się ciągle pięknemi preparatami. Z katastrofy w Ringteatrze pozostała tylko szczupła kolekcyja, śród któréj zbiór gałek ocznych i zębów kalecynowanych głównie na uwagę zasługują.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 13: Pawińskiego: O tak zwanym połowiczym skurczu serca; Malinowskiego: Kilka przypadków wzajemnych powikłań wysypek ostrych u dzieci (dok.); Sokołowskiego: O suchotach płucnych przymiotowych (c. d.). W *Medycynie* Nr. 13: Korczyńskiego: Uwagi i spostrzeżenia kliniczne, I. Zapalenie płuc pierwotne z zanikiem surowiczym (dok.); Buszyńskiego: Tętniak aorty wstępującéj (dok.). W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 14: Rumszewicza: Jednostronny zanik tarczy nerwu wzrokowego z zabarwieniem; Pawińskiego: O tak zwanym połowiczym skurczu serca (c. d.); Sokołowskiego: O suchotach płucnych przymiotowych (c. d.)

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Zakład zdrojowy Truskawiec. Sprawozdanie z ruchu i postępu w rozwoju w r. 1881.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 22 kwietnia 1882. № 16. Rok XXI.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych Doc. Dra Pareńskiego.

Dur brzuszny (*Typhus abdominalis*).

Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu Śgo Łazarza w latach 1876—1880.

Napisał Dr. Wiktor Żelazowski,
sekundaryjusz szpitala św. Łazarza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

T ę t n o w durze brzusznym odznaczało się tém, że nie było zbyt częstém w stosunku do stopnia gorączki. W gorączce przekraczającéj nawet 40° tętno wynosiło przeciętnie 90—100 uderzeń na minutę. Tętno częściejsze w durze brzusznym, jak wiadomo, jest złym prognostykiem, atoli między 157 chorymi, którzy jako uleczeni opuścili szpital, obserwowano u 22 chorych tętno przekraczające liczbę 120, a dochodzące nawet do 144 uderzeń; przypadki te przebiegały bez powikłań. W przypadkach wymienionych tętno opadało najwyżéj po 48 godzinach znowu na 8C, 90 lub 100 uderzeń na minutę.

U chorych, którzy umarli, tętno na parę godzin przed śmiercią wynosiło od 120—160 u 17 osób; u reszty tętno było mniéj częstém. Tętno dwubitne *(p. dicrotus)* rzadko obserwowane. Dodać muszę, iż po użyciu kalomelu tętno staje się częściejszém, o czém jeszcze poniżéj przy leczeniu pomówię.

P r z y p a d y n e r w o w e w durze brzusznym przedstawiają rozmaitość, jakiéj w innych ostrych chorobach gorączkowych nie napotykamy.

Nie zgodziłbym się z twierdzeniem Liebermeistra, jakoby przypady nerwowe w durze brzusznym były wynikiem li tylko wygórowanéj ciepłoty ciała, a to dla tego, że nawet u tych chorych, u których gorączka nie jest wyższą nad 39°, bywają bardzo groźne przypady nerwowe, gdy przeciwnie między chorymi, u których gorączka przekraczała 40°, widziałem w 5 przypadkach zupełną przytomność, zupełny brak zadrażnienia ośrodków nerwowych.

Nie ulega wątpliwości, że po części nasileniu zakażenia jak i wysokiéj gorączce należy przypisać owo podrażnienie mózgu, objawiające się w tak rozmaity sposób; jakość temperamentu chorego, a nawet jego odżywienie i psychiczny nastrój, w jakim się chory przed początkiem choroby znajdował, mają tu niezaprzeczenie także swój wpływ. Mojém zdaniem owe przypady nerwowe pochodzą po największéj części od nieznanego nam dotąd przyrzutu duru brzusznego a właściwie od oddziaływania nań organizmu.

Jako dowód, że przypady nerwowe nie pochodzą li tylko od wygórowanéj ciepłoty, ale także od owego przyrzutu durowego, mogę przytoczyć tę okoliczność, że w przypadkach duru brzusznego z powikłaniami, gdzie zawsze gorączka znacznie się podnosi, przypady nerwowe nigdy się nie wzmagają, ale niekiedy stają się nawet mniéj wybitnemi.

Jako drugi dowód może posłużyć ta okoliczność, iż częstokroć przypady nerwowe pomimo spadku znacznego gorączki, jaki się odbywa w 4tym okresie, mimo to przecież przez dłuższy czas utrzymują się.

Przekrwienie mózgu i jego opon, towarzyszące durowi brzusznemu, objawia się w lekkich przypadkach bólem głowy, który chorzy lokalizują w okolicy potylicznéj, miernem rozszerzeniem źrenic, często bolesném wykrzywieniem mięśni twarzy, snem często przerywanym. Chorzy leżą spokojnie; zapytani o cokolwiek odpowiadają tylko na głośno zadawane pytania, gdyż słuch bywa mniéj lub więcéj upośledzony. Rękami wykonywają bezwiedne ruchy skubiąc najczęściéj kołdrę, poduszkę lub prześcieradło. Kompletną głuchotę podczas duru brzusznego napotkano u 16 chorych.

Ból głowy i mięśni karkowych bywał czasem tak silny, że chorzy robili zupełnie wrażenie chorych na *meningitis cerebro-spinalis epidemica.*

U 4ch chorych ból głowy był tak znaczny, że jęczeli w głos.

Chorzy, przedstawiający te lekkie przypady nerwowe, zapytani, co im dolega, żalą się oprócz bólu głowy na ból w krzyżach i w lędźwiach. Niekiedy pojawiały się także bóle mięśniowe w łydkach i w ramionach, nieraz tak do tkliwe, że chorzy przy dotknięciu wydawali okrzyk boleści, podobnie jak to ma miejsce w durze powrotnym. Bóle mięśniowe tak silne obserwowano u 7 chorych. Do lekkich przypadów nerwowych należy gadatliwość obserwowana u 2ch chorych; chorzy ci mieli ciągłe interesa to do posługacza, to do lekarza, to do zakonnicy, a w braku tych do sąsiadów chorych; ich rozmowa i zapytania były rozsądne i logiczne. Przeciwieństwem tego jest mowa powolna, skandująca, przyczém chorzy bardzo powoli się oryjentują i odpowiadają dopiero w kilka minut na zadawane pytania; przypad ten obserwowano bez mała u $^1/_4$ wszystkich przypadków.

Szum i zawrót głowy obserwowano bardzo często. Odurzenie lub oszołomienie należy także do lekkich przypadów nerwowych; chorzy robią wrażenie ludzi upojonych napojami wyskokowemi.

Bezsenność kompletną, tak że chory prawie przez cały czas choroby oczu nie zamyka, widziano u 9 chorych; przypad ten każe źle wróżyć. Również źle każe wróżyć apatyja, obserwowana w 21 przypadkach.

Do cięższych przypadów nerwowych zaliczyć należy t. zw. uczucie trwogi; uważano je tylko u jednego chorego. Drżenie członków (tremor) widziano u 16 chorych i to w 3cim okresie choroby. Do najcięższych przypadów nerwowych należą: majaczenia, zwidywania (u 37 chorych), zrywanie się z łóżka z zamiarem ucieczki (u 19 chorych), a wreszcie brak zupełny przytomności u 12 chorych, z których 4 umarło. Wszystkie te wymienione przypady nerwowe posiadają największe nasilenie między godziną 7mą wieczorem a 3cią rano.

Różyczka *(Roseola)*. Jak się z historyi chorób okazuje, widziano na 196 przypadków różyczkę durową wybitną u 65 chorych. U 78 chorych różyczki dostrzedz nie można było. U 53 z powodu ciemno zabarwionéj skóry wykrycie różyczki było niemożebném. U 39 chorych, którzy umarli, a u których stwierdzono sekcyją dur brzuszny, tylko u 15 znachodziła się różyczka za życia.

Wpływ ciemnego zabarwienia skóry, czy to skutkiem słońca i kurzu, czy to skutkiem nagromadzenia się barwika w skutek zmian powstałych przez wszy, na trudność rozpoznania osutki nie da się zaprzeczyć. Bądź co bądź rzadkość występowania osutki w przypadkach tych 196, które zebrałem, jest uderzająca. Z tego wnosićby można, że różyczka jest mniéj ważnym znakiem rozpoznawczym dla duru aniżeli nieżyt oskrzelowy, o którym powyżéj mówiłem.

Usadowienie różyczki najczęściéj miało miejsce w dołku podsercowym, a zwłaszcza równolegle do łuku żebrowego lewego. Różyczka zazwyczaj znachodziła się w kilku lub kilkunastu egzemplarzach; widziałem jednak w jednym przypadku różyczkę durową, która prócz na skórze brzucha znajdowała się także na całéj klatce piersiowéj z przodu i z tyłu.

Osutka różyczkowa pojawiała się w durze brzusznym z początkiem 2go okresu; trwała przez cały ten okres a niekiedy utrzymywała się do początku 4go okresu.

Mocz w durze brzusznym w przypadkach prawie wszystkich był ciemno zabarwiony, o zwiększonym ciężarze gatunkowym. Białko znachodziło się prawie w każdym przypadku, jeżeli nie w wielkiéj ilości, to przynajmniéj ślad lub śladzik białka zawsze był spostrzegalny. Chlorki były zawsze zmniejszone i lekkie.

Pojawienie się moczanów w moczu tyfusowych bywało względnie dosyć częstém.

Powikłania. Pomiędzy powikłaniami duru brzusznego tak licznemi na najbliższą uwagę zasługują powikłania ze strony narządu pokarmowego.

Krwotoki kiszkowe wydarzyły się u 7 chorych, a mianowicie u 5 mężczyzn i 2 kobiet; z tych umarło 4ch mężczyzn i 1 kobieta. Krwotoki te w przypadkach, które śmiercią się zakończyły, pojawiały się z końcem okresu 3go a z początkiem 4go, a zatém mniéj więcéj w tym czasie, w którym strupy z wrzodów oddzielają się. Że krwotok się odbywał, rozpoznać można było po tętnie drobném, nitkowatém, bardzo częstém, gdyż dochodziło nawet do 140 uderzeń na minutę, następnie po bladości twarzy, która natychmiast po krwotoku występowała, po zwiększoném wzdęciu brzucha, po stłumieniu występującém w prawym dolnym odcinku brzucha, po spadku gorączki, a wreszcie po stolcach czekoladowo-zabarwionych. Chorzy skarżyli się na upadek sił; oczy utraciły blask prawidłowy. Przypady nerwowe, jeżeli przed krwotokiem były nawet groźne, tak że chorzy zrywali się z łóżka, po krwotokach zwykle ustępowały, a chorzy stawali się przytomniejsi

U trzech mężczyzn, u których zdarzył się krwotok jelitowy, śmierć nie nastąpiła bezpośrednio po krwotoku. Przebieg u tych wszystkich chorych był następujący: po stwierdzeniu krwotoku przy odpowiedniém leczeniu już 3go dnia stolce traciły owo zabarwienie czekoladowe, stawały się mniéj częstemi i chorzy twierdzili, że się czują zdrowsi; narzekali jednak na nieprzyjemne swędzenie w nosie; 4—6 dnia chory doznał silnego dreszczu; badanie nie wykazało żadnych innych komplikacyj; nazajutrz pokazała się róża na samym końcu nosa, przez 3 dni trwała, rozpościerając się na skórze twarzy i skórze głowy pokrytéj włosami; w dniu 4tym chorzy umierali. Zgodność i kolejność przypadów u tych 3ch chorych, początek i koniec fatalny w tym samym prawie czasie i jednaki początek róży zmusza mnie do tego, że szczególnie te 3 przypadki zaznaczam, gdyż przeglądając literaturę duru brzusznego nic podobnego nie znalazłem. Tak więc w owych 3ch przypadkach śmierć nastąpiła w skutek róży. Pytanie zachodzi, czy utrata znacznéj ilości krwi nie usposabia do powstania róży. Dla czego zaś róża we wszystkich 3ch przypadkach prawie te same miejsca zajmowała, jest rzeczą niewytłumaczoną. Chorzy po krwotoku długiego czasu potrzebowali, zanim do sił przyszli.

(Dokończenie nastąpi).

II. Oceny i sprawozdania.

Dr. Koch: Etyjologija gruźlicy.

Od czasów Villemina, który wykazał, że gruźlicę można przenieść na zwierzęta, wiedziano o jéj zaraźliwości. Badania Cohnheima, Salomonsena, Baumgartena, a nareszcie Tappeinera dowiodły niezbicie, że gruźlica należy do chorób zakaźnych. Mimo to nie zdołano dotychczas wykazać niewątpliwie mikroskopijnych organizmów, do których powstawanie gruźlicy odniešćby należało. Zdaniem Kocha ujemne rezultaty w dotychczasowych poszukiwaniach przypisać należy niedostateczności metody badania. Metoda Kocha, za pomocą któréj tenże dodatnie otrzymał wypadki, polega na tém, że bakteryje gruźlicze w zgęszczonym wyskokowym rozczynie błękitu metyleno-

wego, zalkalizowanego ługiem potasowym, po zwilżeniu wodnym rozczynem wezuwinu, zabarwiają się pięknie niebiesko, gdy wszystkie składniki tkanin zwierzęcych, mianowicie jądra komórek i ich części rozpadowe, brunatnieją. Różnica w zabarwieniu tkanin i bakteryj gruźliczych jest tak wybitną, że te ostatnie zawsze bez trudności wykazać można.

Wykryte tym sposobem przez Kocha bakteryje mają postać laseczkowatą, należą zatém do działu prątków. Są one bardzo cienkie, długość ich wynosi $^1/_4$ lub $^1/_2$ średnicy czerwonych ciałek krwi, rzadko więcéj. Co do rozmiarów i postaci okazują dużo podobieństwa z prątkami trądu, tylko że ostatnie są nieco cieńsze i na końcach zaostrzone. Wszędzie, gdzie tylko sprawa gruźlicza się rozpoczyna i postępuje, prątki te w wielkiéj znajdują się ilości; tworzą one tu zwykle skupione lub często wiązkowato ułożone kępki, pomieszczone wielokrotnie we wnętrzu komórek. Obok tego znajdują się także liczne prątki odosobnione, niezamknięte w komórkach, zwłaszcza przy brzegu większych ognisk serowatych. W miarę tego, jak rozwój gruzełków przeszedł już swój punkt kulminacyjny, prątki gruźlicze stają się rzadszemi, a w miejscach, w których sprawa gruźlicza wygasła, znikają niekiedy zupełnie (obumierają).

Jeżeli tkanki gruźlicze zawierają komórki olbrzymie, natenczas prątki mieszczą się przedewszystkiém we wnętrzu tych ostatnich. Gdzie sprawa gruźlicza postępuje bardzo powoli, zwykle jedynie w komórkach olbrzymich prątki znaleźć można. W przypadkach, w których niektóre tylko komórki olbrzymie zawierają prątki gruźlicze, wynika z ich położenia i wielkości, że komórki z prątkami są młodsze, komórki zaś niezawierające prątków starsze, oraz jest prawdopodobném, że i w tych ostatnich istniały prątki, ale już obumarły.

Koch wykazał dotychczas powyższe twory prątkowe w następujących przypadkach:

1. U ludzi: w 11 przypadkach gruźlicy prosówkowéj; w gruzełkach płuc nigdy prątków nie brakło, jeśli nie w środku, to w obwodzie gruzełka. Tak samo znajdowano je w gruzełkach śledziony, wątroby i nerek, tudzież w szarych guziczkach opony miękkiéj w *meningitis basilaris*, jak niemniéj w zserowaciałych gruczołach oskrzelowych. W 12 przypadkach *bronchitis* i *pneumonia caseosa*; zazwyczaj znajdowały się prątki bardzo licznie w obwodzie tkaniny serowato nacie kłéj; najwięcéj znajduje się ich w treści jam płucnych, niekiedy obok bakteryj innego rodzaju, które jednakowoż łatwo od prątków gruźliczych odróżnić się dają. Serowata masa samotnego gruzełka mózgu (wielkości orzecha laskowego) zawierała miejscami prątki w mowie będące, ułożone w komórkach olbrzymich. W 2ch przypadkach gruźlicy jelit zawierały guziczki gruzełkowe około wrzodów liczne prątki; tożsamo w odpowiednich gruczołach krézkowych. Z 3ch przypadków świeżo wyłuszczonych gruczołów zołzowych wykazano w 2ch prątki w komórkach olbrzymich. Tak samo znajdowano je w przypadkach grzybowatego zapalenia stawów.

2. U zwierząt: We wszystkich (10) przypadkach gruźlicy ze zwapniałemi guzami w płucach, na otrzewny i osierdziu znaleziono prątki przeważnie we wnętrzu komórek olbrzymich około mas wapnistych. Raz można je było wykazać w gruczołach oskrzelowych, innym razem także i krezkowych. W 3ch przypadkach kulistych guzów płuc o ścianach gładkich a we wnętrzu gęstą serowatą masą wypełnionych, wykazał Koch w otoczeniu komórki olbrzymie z prątkami gruźliczemi, aczkolwiek powyższe twory chorobowe zalicza się zazwyczaj do rozstrzeni oskrzelowych, nie zaś do perlicy. Zserowaciały gruczoł limfatyczny świni zawierał również prątki. U kury, zmarłéj z gruźlicy, znajdowały się tak w guzach gruzełkowych szpiku kostnego, jako i jelit, wątroby i płuc wielkie ilości prątków gruźliczych. — U 3ch małp z gruźlicą znajdowano prątki w niezliczonych guzkach płuc, śledziony, wątroby, sieci i w zserowaciałych gruczołach limfatycznych. Ten sam rezultat wykazało badanie u 9 świnek morskich i 7 królików z gruźlicą.

Prócz tego badał Koch 172 świnek morskich, 32 królików i 5 kotów, u których wywoływał gruźlicę przez zaszczepienie szarych i serowatych gruzełków płuc ludzkich, plwociny suchotników, masy gruźliczéj schorzałych małp, królików i świnek morskich, tworów wapnistych i serowatych z płuc bydła dotkniętego perlicą itd. W żadnym z tych przypadków nie brakowało prątków gruźliczych.

Wynika z tego dostatecznie, że wszystkim zmianom gruźliczym u ludzi i u zwierząt towarzyszą stale prątki gruźlicze. Nie dowodzi to jednak jeszcze, że obydwa zjawiska te w przyczynowym pozostają do siebie związku, chociaż związek ten jest o tyle prawdopodobnym, że prątki znajdują się przedewszystkiém tam, gdzie sprawa gruźlicza powstaje i postępuje, a nikną, gdzie proces chorobowy już wygasł.

Dr. Smoleński (Jaworze).

(Ciąg dalszy nastąpi).

Najnowsze poglądy na chorobę Brighta.

Podał Dr. Pisek ze Lwowa.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 15).

W r. 1860 ukazała się praca Jaccouda [1]), w której starał się wykazać rodzaj owéj zmiany we krwi, będącéj znów przyczyną zmian w nerkach, zdanie, za którém gorąco obstawał. Przyznać jednak trzeba, że tak Jaccoud jak i poprzednicy jego w tym kierunku nic stanowczego nie wyrzekli, i jak słusznie Bartels powiada, „deklamacyją" chcą zastąpić brak faktów.

Daleko piękniejsze wyniki okazuje kierunek pierwotnie przez Brighta wskazany, upatrywania w samychże nerkach głównéj istoty choroby. Znany jako współzałożyciel roczników Virchowa, znakomity histolog Reinhardt, w nader gruntownéj pracy (1850) wykazuje, że wszystkie formy zmian nerkowych, przez Brighta opisanych, należy uważać, jako sprawy zapalne („*diffuse Nephritis*") zajmujące nerki w różnéj postaci. Zdanie to Reinhardta, któremu bez wątpienia dał pochop Rayer kilka lat przedtém już swym klasycznym opisem „*Nephrite albumineuse*", o tyle miało więcéj znaczenia od wywodów francuzkiego uczonego, że opierało się na gruntownych drobnowidowych badaniach. Podział Rayera (1840) więcéj kliniczny lub raczéj etyjologiczny, nie mógł się przyjąć, jakkolwiek opisy i obserwacyje odznaczają się niezwykłą dokładnością. Rayer rozróżnia 5 form zapalenia (*nephrite*) nerek: 1) *simple* (ropna t. zw. chirurgiczna); 2) *par poissons morbides*; 3) *goutteuse*; 4) *rhumatismale* (biernie przekrwiona); 5) *albumineuse* (wśród której występuje typowy białkomocz), obejmująca kilka poddziałów. Pod względem też klinicznym uważany był Rayer za jedyną prawie powagę, przeciwnie znów przekonywająca moc faktów anatomicznych torowała szybko drogę Reinhardtowi. Toż nie dziw, że wyżéj przytoczone poglądy Reinhardta stały się wnet własnością ogółu i że było już łatwiejszą rzeczą rozglądnąć

[1]) *Des conditions pathogéniques de l'albuminurie.*

się w kwestyi dotąd tak zawikłanéj. Zasługą tedy następcy Reinhardta Frerichsa jest właściwie tylko ściślejsze rozgatunkowanie poszczególnych okresów rozwoju téj choroby, co do któréj tak Frerichs w swéj pracy prawie równocześnie z Reinhardtem rozpoczętéj, jak i Reinhardt sam do jednakich doszli wyników.

Obaj autorowie uważają wałeczki za włóknik, obaj rozróżniają w przerzeczonéj chorobie trzy okresy, anatomicznie wybitnie scharakteryzowane:

1) okres przekrwienia;

2) okres wypocinowy i stłuszczenia przybłonków; nareszcie

3) okres zaniku skutkiem bujania tkanki łącznéj.

Okresy te w takiejże kolejności po sobie następują będąc zarazem w ścisłym przyczynowym związku ze zmianami w moczu.

Poglądy Reinhardta, Frerichsa, znalazły chętne przyjęcie, mniéj może z przyczyny, jakoby były bezwzględnie prawdziwe, jak raczéj z téj przyczyny, że były w harmonii z panującemi zapatrywaniami na sprawy zapalne i zalecały się niejako swym "schematycznym układem".

Dokładniejsza jednak obserwacyja wnet wykazała braki. I tak wykryto, że mocz pochodzący z nerek biernie przekrwionych zawiera również białko i wałeczki, cechy główne choroby Brighta. A przecież brak wybitnych zmian anatomicznych, na podstawie których chorobę tę rozpoznawano, nie pozwalał, aby i te przypadki zaliczano do M. Brighta. Bamberger względów tych nie znał, nie upatrując istotnéj różnicy między białkomoczem z przekrwienia biorącym swój początek a białkomoczem wśród typowéj „choroby Brighta“ się zjawiającym. Traube poglądów tych nie podzielał, które, jak późniejsze obserwacyje wykazały, były mylne i dziś też nikt nerki przekrwionéj nie zalicza do niemocy Brighta. To samo tyczy się skrobiawicy nerek, niemogącéj być żadną miarą bezwzględnie zaliczoną do niemocy Brighta.

Prace Virchowa jak w innych działach patologii tak i w tym widoczny zaznaczają postęp. Zmysł jego krytyczny i niezrównany dar spostrzegawczy jednym rzutem oka objął główniejsze pytania i sklasyfikował nader trafnie zapalenia nerek (*Über parenchymatöse Entzündung, Virch. Arch.* Bd. 4, s. 260). Rozróżnia on trzy rodzaje zapalenia nerek, reprezentujące też mniéj więcéj trzy stopnie niejako nasilenia sprawy zapalnéj.

1) Zapalenie nieżytowe kanalików moczowych; sprawa ta zawdzięcza często swój początek zmianom miedniczek nerkowych (*Nephritis acuta desquammativa Johnsona).*

2) Zapalenie dławcowe zazwyczaj z nieżytowego się rozwijające a nacechowane zjawieniem się w kanalikach wypociny „włóknikowéj,“ jak wówczas ją nazywano.

3) Zapalenie miąższowe przedstawia trzecią formę. Główne zmiany dotyczą, zdaniem Virchowa. przybłonków, szczególniéj w kanalikach krętych. Zmiany są, oczywista te, jak je Virchow w ogóle rozumie przez wyrażenie zmian „miąższowych,“ w przeciwstawieniu do śródmiąższowych. Nadto dodaje Virchow szczegół nader, jak dziś wiemy, ważny, że obok tych zmian, równorzędnie z niemi, znachodzić się może zmiana śródmiąższowa, o czém jednakowoż dopiero w czwartém wydaniu swéj patologii celularnéj ściśléj swe zdanie wyrzekł.

Rozróżnia on tu postać zapalenia nerki, miąższową, śródmiąższową, z zejściem w zanik i zwyrodnienie skrobiowate. Zwrócenie baczniejszéj uwagi na znaczenie tkanki łącznéj w sprawie zapalnéj nerek było owocem znakomitéj pracy Beera (*Die Bindesubstanz der menschlichen Niere)* co również widać i w schemacie, jaki Traube podaje dla *m. Brightii.* Z pojęciem tém łączy on cztery różne postacie chorobowe: 1) Przekrwienie bierne, 2) skrobiawicę, 3) i 4) zapalenie śródmiąższowe dwojakiego rodzaju, tj. jednę postać, która zasadza się na rozroście tkanki łącznéj naokoło kłębków *(circumcapsularis glom.)* a drugą *intertubulosa,* gdzie rozrosła tkanka łączna usadawia się pomiędzy kanalikami. Traube tedy właściwie tylko jednę przypuszcza formę zapalenia nerki, tj. śródmiąższową, z dwoma odcieniami, uważając zmiany w przybłonkach, podawane przez innych autorów za główną cechę miąższowego zapalenia, za zmiany następowe. W najnowszych czasach również pojawiły się podobne poglądy, mianowicie w analogii z innemi narządami gruczołowemi (wątroba), poglądy te wszelako nie cieszą się ogólném uznaniem.

Dawniejsze poglądy Rosensteina na chorobę Brighta w zasadzie zgadzają się z Reinhardtem i Frerichsem. Wyklucza z niéj bierne przekrwienie, zwyrodnienie skrobiowate i „nieżytową formę“ Virchowowską. J Rosenstein kładzie główny nacisk na pierwotne zmiany w przybłonkach.

Z kolei rzeczy wypada nam dotknąć choć kilku słowy prac o kierunku zupełnie odmiennym, a zasadami zaliczającemi się do szkoły téj, która zmiany w nerkach, mianowicie zanikowe, uważała za objaw schorzenia ogólnego. William W. Gull i H. G. Sutton uważali zmianę w nerkach za jeden z objawów choroby ogólnéj, zasadzającéj się na bujaniu tkanki łącznéj pochewek tętnic i otoczenia tkankołącznego naczyń włosowatych „*Arterio-capillary-fibrosis.* Zmiana ta dotyczy całego ustroju a pomiędzy innemi nagabuje także i nerki. Zmiany zatém w tym narządzie odgrywają według tych autorów tylko rolę drugorzędną. Ztąd też i tłumaczenie przypadków, według naszego pojmowania rzeczy od następowych zmian we krwi zależne, tłumaczą ci autorowie jako zależne od anatomicznych zmian lokalnych.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

F. Penzoldt i R. Fleischer (docenci prywatni w Erlangen): **Przyczynki doświadczalne do patologii wymiany materyi.**

Już dość dawno wypowiedziano zdanie, że przyczyną zboczeń w wydzielaniu różnych produktów przemiany pierwiastków w wielu chorobach jest dostarczanie niedostatecznéj ilości tlenu organizmowi. Jakkolwiek zapatrywanie takie jest może często dostatecznėm do wytłumaczenia niektórych objawów klinicznych, to przecież nie jest ono uzasadnione drogą doświadczenia, bo doświadczenia w czasie choroby na człowieku robić nie można, a zresztą nie rzadko jest niedostatecznėm do wytłumaczenia wszystkich objawów. Wydzielanie bowiem przez ustrój ciał, których wydzieliny organizmu zdrowego nie zawierają, jakoteż wydzielanie produktów rozkładowych prawidłowych w ilości większéj lub mniejszéj od prawidłowéj, gdy ustrój nie ma dostatecznego dopływu powietrza, może zależeć co najmniéj od dwóch przyczyn: 1. od niedostatecznego dopływu tlenu, 2. od saméj przyczyny choroby, prawie nam zupełnie nieznanéj. Dla łatwiejszego zrozumienia niech posłuży następujący przykład. W zatruciu tlenkiem węgla ustrój wydziela często cukier. Anormalny ten pierwiastek w wydzielinach może sprawić albo brak tlenu, albo też działanie trujące samego tlenku węgla. W leukemii znajdziemy stale zwiększoną ilość kwasu moczowego.

Ten anormalny stosunek kwasu moczowego może być skutkiem zmniejszenia ilości ciałek czerwonych krwi, a przez to mniejszego dopływu tlenu lub też skutkiem jakichś bliżéj nam nieznanych przyczyn, które sprawiają zmniejszenie ilości czerwonych, a pomnożenie białych ciałek krwi, obrzmienie śledziony, gruczołów limfatycznych, zboczeń w rdzeniu kostnym i t. d. Jeszcze trudniejszém jest do wytłumaczenia w takich przypadkach wydzielanie azotu. Nie wiadomo, która z przyczyn wpływa tutaj na zboczenie w przemianie pierwiastków, czy jedna, czy obie, wreszcie w razie normalnych stosunków w chorobie, czy jedna przyczyna nie wyklucza drugiéj.

Samo się przez się rozumie, że tych wątpliwości nie można rozstrzygnąć przez doświadczenia na ludziach chorych, u których stosunki ogólne co chwila prawie bez naszéj wiedzy i woli ulegają zmianie. Dla tego też już dawniéj postanowiono rozwiązać kwestyję tę doświadczeniami na zwierzętach. Badano więc przy sztucznie sprawionym bezdechu i duszności zmiany, jakie zachodzą w wydzielinach ustroju. Wyniki doświadczeń nie były u wszystkich autorów zgodne, z tego powodu więc Penzoldt i Fleischer postanowili powtórzyć doświadczenia i wykonać inne w kierunkach, w jakich poprzedni badacze nie pracowali. Obaj autorowie czynią na końcu swéj pracy wnioski, jakie z licznych ich doświadczeń „według wszelkiego prawdopodobieństwa“ wynikają. Wnioski te są następujące:

1. Duszność wraz z pracą mięśniową, jaką brak tlenu wywołuje, sprawia:

A) U zwierzęcia dobrze odżywionego *a)* w czasie niedostatecznego dopływu tlenu (w czasie działania duszności): ilość zwiększoną moczu, miernie zwiększoną ilość mocznika, znacznie zwiększoną ilość kwasu fosforowego; *b)* po ustaniu działania duszności: zwiększenie znaczne wydzielania mocznika, zmniejszenie zaś kwasu fosforowego.

B) U zwierzęcia wygłodzonego *a)* w czasie działania: mierne zwiększenie ilości moczu, znaczniejsze niż w pierwszym przypadku zwiększenie wydzielania mocznika i kwasu fosforowego; *b)* po ustaniu działania: daléj trwające zwiększenie mocznika, zmniejszanie się kwasu fosforowego.

2. Duszność bez pracy mięśniowéj:

A) U zwierzęcia dobrze odżywionego: *a)* w czasie działania: zwiększenie wydzielonéj wody i kwasu fosforowego, zmniejszenie mocznika; *b)* po ustaniu działania: zwiększone wydzielanie wody, mocznika, kwasu fosforowego (który zresztą najpierw do normy powraca) i kwasu siarkowego. W czasie działania i po ustaniu tegoż: ślady białka

B) U zwierzęcia wygłodzonego te same stosunki, z tą różnicą tylko, że w czasie działania duszności kwas fosforowy i woda zdają się wydzielać w mniejszéj ilości, że chlorki zachowują się odpowiednio do mocznika.

3. W czasie działania niedostatecznego dopływu tlenu do ustroju, tkanki ulegają większemu rozpadowi, ale w czasie trwania duszności kwas fosforowy zostaje wydzielonym w zwiększonéj ilości. Do wydzielenia mocznika i kwasu siarkowego potrzeba, jak się zdaje, dłuższego czasu lub obecności ilości prawidłowych tlenu.

4. Zupełny bezdech *(Apnoë)* sprawia u psa dobrze odżywionego *a)* w czasie trwania: mierne zwiększenie mocznika, zmniejszenie kwasu fosforowego; *b)* po ustaniu bezdechu: znaczne zwiększenie tak mocznika jak i kwasu fosforowego.

6. Zwiększone wydzielanie wody (przy jednakowym jéj dopływie) może iść ręka w rękę ze zmniejszoném wydzielaniem się mocznika.

7. Praca mięśniowa nadmierna może wywołać: *a)* mierne zwiększenie mocznika, *b)* natychmiastowe wybitne zmniejszenie ilości kwasu fosforowego, które w późniejszych okresach przechodzi w zwiększenie, tak że ostatecznie wynika z tego bezwzględne zwiększenie wydzielania kwasu fosforowego.

8. Kilkogodzinne skrępowanie sprawia u psa zwiększenie wydzielania mocznika, bez zwiększenia ilości wydzielanego kwasu fosforowego.

9. Obniżenie ciepłoty ciała, nawet miernego stopnia, zwiększa ilość wydzielanego mocznika.

10. Kilkogodzinne kuraryzowanie wraz z bezdechem i oziębieniem ciała może wywołać hemoglobinuryję i hematuryję.

11. Dłuższy czas trwające kuraryzowanie wywołuje, jak wiadomo, glykosuryję. (*Virchows Archiv, 1882, T. 87, z. 2*). *L. K.*

R. Zauder: **Choroba Brighta i przerost serca.**

Autor ogłosił już rozprawę doktorską o tym przedmiocie. Obecnie ogłasza ją po raz wtóry, we formie zmienionéj. Nie jedno zapatrywanie, nie jeden sąd uległ teraz zmianie. Pracę samego autora poprzedza staranne zestawienie wszystkich teoryj i prac w tym przedmiocie ogłoszonych. Rozprawę jego uwieńczył Wydział lekarski w Królewcu pierwszą nagrodą.

Wszystkie teoryje o związku, jaki zachodzi między chorobą Brighta a przerostem serca, dadzą się zebrać w 4 klasy: 1) *Nephritis chronica diffusa* i przerost serca mają wspólną przyczynę (Osborne, Johnson, Gall, Sutton, Buhl). 2) Zmiany w sercu są przyczyną choroby Brighta (Roger, Reinhardt, Frerichs). 3) Przerost serca jest następstwem zapalenia nerek (Traube). 4) Zmiany chemiczne, jakim krew ulega skutkiem choroby Brighta, dają powód do powstania przerostu serca. (Malmsten, Grawitz, Israel).

Gdyby się wyniki badań Grawitza i Israela były w całości potwierdziły, to teoryja ich byłaby może prawdziwą. Z. na nowo podjął te badania, i przekonał się, że na wiele rzeczy, ogłoszonych przez Gravitza i Israela, nie można się zgodzić. Autor uważał, że po jednostronnéj nefrotomii powiększenie się nerki zdrowéj bynajmniéj nie jest regułą, jak to Grawitz twierdzi. W 3 przypadkach nerka pozostała była nawet mniejszą od wyciętéj. Również autor nie może potwierdzić główněj podstawy teoryi Grawitza, że zniszczenie działalności nerki dopiero wtenczas się kompensuje, skoro nie tylko druga nerka, ale i serce ulegnie przerostowi. Podobnie autor zbija także kilka mniéj ważnych punktów teoryi Grawitza. — W końcu swéj rozprawy dochodzi do wyniku, że mimo wszelkich starań nie udało się dotąd rozstrzygnąć za pomocą doświadczeń na zwierzętach związku, jaki zachodzi między chorobą Brighta a przerostem serca. *(Zeitschrift. f. klin. Med.* Bd. IV, 1, 2 Hft 1882.) *Dr. Kopff.*

Dr. Winkel: **O użyciu ciągłych kąpieli u noworodków.**

Autor zadał sobie pytanie, czy można czy to w klinice czy w praktyce prywatnéj bez zbyt wielkich niedogodności

tak dla otoczenia jako i dla dziecięcia utrzymywać noworodka przez długi czas w jednostajnie ciepłéj kąpieli? W tym celu autor kazał sporządzić osobna wanienkę a próby wypadły pomyślnie.

Aby utrzymać ciepłotę wody na jednostajnéj wysokości (35—37.5 C.) dolewano co $1/2$ lub co godzina $1/2$ litra wrzącéj wody. Dzieci spokojne zachowują się tak samo i w kąpieli, niespokojne zaś, krzykliwe, częstokroć natychmiast w kąpieli uspokajały się i niekiedy zasypiały na parę godzin. Noworodki kąpane w wodzie o cieplocie 37°C., okazywały zwiększone pragnienie. Ze względu na zanieczyszczenia wody moczem i kałem wystarcza zupełne zmienianie wody co 6—8 godzin.

U dzieci cierpiących na nieżyt żołądka i jelit ciężar ciała nie zmieniał się; natomiast spostrzeżono, że noworodek z niedodmą płuc w kąpieli oddychał spokojniéj i pił należycie tak, że już w pierwszym dniu po kąpieli przybyło go 120 grm. na wadze.

Wkrótce autor obiecuje ogłosić wyniki spostrzeżeń swych co do zachowania się ciepłoty, oddychania, krążenia, czynności skóry, trawienia itp. *(Centralbl. f. Gynaekol.* 1882 Nr. 1—3). *Dr. Smoleński* (Jaworze).

Wiadomości pomniejsze.

(L. K.) **Fabrykacyja wina sztucznego** *„vin de secours"* we Francyi przybrała ogromne rozmiary. Podajemy tutaj niektóre daty w tym względzie na podstawie sprawozdania z posiedzeń *Societé de Médecine Publique* w Paryżu. Fabrykacyją sztucznego wina obecnie zajmują się nietylko sami handlarze win ale i właściciele mniejszych winnic. Do zabarwienia sztucznych win, otrzymywanych przez poddanie fermentacyi wyciśniętych gron z wodą i cukrem burakowym lub wprost z melasą burakową, używają albo ciemnych win hiszpańskich lub barwików anilinowych i fenolowych. W r. 1879 wprowadzono do Francyi $1\frac{1}{2}$ milijona hektolitrów wina hiszpańskiego, w r. 1880 liczba ta doszła do $3\frac{1}{2}$ a w r. 1881 do $4\frac{1}{2}$ milijona hektol. Do barwienia wina Bordeaux używają teraz powszechnie nowego barwika, otrzymywanego przez działanie kwasu azotawego i rozczynu alkalicznego fenolu na anilinę. Barwik ten rozpuszcza się wspaniałą barwą. Odkąd zakazano używać fuksyny, rozchodzą się po Francyi ogromne ilości tego barwika. Do samych południowych departamentów wysyłają go za przeszło 300.000 franków rocznie. Barwik ten posiada jeszcze dla fałszerzy tę zaletę, że jest o wiele trudniejszym do wykrycia niż fuksyna. Pabst poleca następujący sposób wykrywania tego barwika. Kilka nitek wełnianych lub jedwabnych daje się do wina badanego, zakwasza go się trochę i nieco ogrzewa. Zabarwione teraz nitki wymywa się i na szkiełku zegarkowém wytrawia się rozcieńczonym (1:3) kwasem solnym. Jeżeli mimo tego wytrawienia nitki zatrzymają swoje zabarwienie, to można już przypuszczać obecność jakiegoś połączenia anilinowego. Chcąc się na pewne o tém przekonać, daje się na mniéj więcéj jeden ctm. sz. kwasu siarkowego zgęszczonego, znajdującego się na szkiełku zegarkowém, kroplę jednę wina badanego. Jeżeli teraz wystąpi koło miejsca zetknięcia zabarwienie fijołkowe, obecnym jest jakiś barwik anilinowy. *(Ctrbl. f. allg. Gesundheitspflege.* 1882, H. 2).

(K. Gr.) **Obliczanie ciałek krwi w chorobach,** które podejmował Penzoldt w Erlandze, daje ciekawe wyniki pod względem higijenicznym co do sprawy miejscowego odżywiania: zwykle na 1mm. sz. krwi przypada 5 milijonów ciałek krwi. W niedokrewności znaleźli badacze znaczne zmniejszenie ilości czerwonych ciałek krwi a w jednym przypadku tak dalece przeważała liczba białych ciałek, że w 1mm. sz. zamiast 5 milijonów znaleziono tylko 705.000 ciałek czerwonych, a więc zaledwie siódmą część, co tłumaczy bezsilność i (ponieważ ciałka krwi są nośnikami tlenu) bezdech, jaki rychło u takich chorych przy ruchach nastaje. Chłodne kąpiele zmniejszają z początku liczbę ciałek krwi w naczyniach krwionośnych skóry a gdy po kąpieli daje się czuć w skórze uczucie ciepła, wówczas mimo że termometr wykazuje, iż skóra jest chłodną, wzmaga się liczba ciałek krwi (np. ciepłota skóry przed kąpielą była 39.7°C. ilość ciałek krwi 3,690.000 a po kąpieli ciepłota 38.9°C. a liczba ciałek krwi 4,690.000). Chłodna kąpiel ma więc niezawodnie tę korzyść że nietylko obniża u gorączkujących ciepłotę powierzchni ciała, ale zarazem uwalnia wewnętrzne organa od przekrwienia. U jednostronnie porażonych znaleziono zwykle mniejsze lub większe pomnożenie ciałek krwi po stronie porażonéj, co daje poznać, w jaki sposób przez lepsze odżywianie porażenia takie same się leczą, a dla medycyny sądowéj może to w danym razie posłużyć za środek udowodnienia, czy porażenie istnieje rzeczywiście lub téż chory udaje. *(Gesundheit* 1882, Nr. 5).

(L. K.) **Leczenie bolesnych wyprężeń prącia** *(erectio penis)* **w rzeżączce.** Mauriac poleca w tym celu:

Rp. *Syr. Digital.*
Syr. Morphini āā 50.00
Kalii bromati 20.00
DS. Na wieczór wziąść 1 łyżkę w kwiecie lipowym.

M. widział także wielką ulgę po stosowaniu czopków z *Butyr. Cacao* z 1 gramem chloralu. — *(Allg. M. C. Ztg.* 1882, Nr. 23).

III. Uwagi sądowolekarskie nad sprawą Harbauma.

Kilkakrotnie wspominaliśmy już w Przegl. Lek. o téj *cause célèbre* pruskiéj, opierając się na doniesieniach czasopism niefachowych: obecnie mamy przed sobą sprawozdanie obszerne i oparte na aktach sądowych, ogłoszone przez prof. Skrzeczkę w ostatnim zeszycie *Vierielj. f. ger. Medicin*; nie od rzeczy więc będzie przedstawić Czytelnikom cały bieg sprawy, która nabrała wielkiego rozgłosu. Uczynię to zwięźle i krótko, ponieważ szczegóły urzędowo sprawdzone zgadzają się prawie w zupełności z tém, co podawały pisma polityczne, a następnie podam kilka uwag, które się mimowolnie nasuwają.

D. 1 października 1871 r. Józefina L., córka szynkarza, urodziła dziecko nieślubne płci męzkiéj a dróżnik kolejny Harbaum, lat 50 liczący, żonaty i ojciec trojga dzieci ślubnych, przyznał się do ojcowstwa i zobowiązał się przyjąć dziecię po upływie pół roku i chować u siebie aż do 20 roku życia. W rzeczy saméj dziecko zdrowe i czerstwe w d. 1 kwietnia 1872 r. oddane zostało małżonkom Harbaumom, i jakkolwiek przez kilka miesięcy chowało się dobrze, umarło już d. 6 lipca. Małżonkowie H. nie zasięgali rady lekarskiéj, pomimo, że dziecko według ich przyznania już na dzień przed śmiercią było mocno chore, a sąsiedzi, którzy niemowlę widzieli d. 6 lipca przed skonem, zeznali, że spostrzegli białe zabarwienie jamy ustnéj, drgawki, charczenie i toczenie się piany z ust. D. 10 lipca dziecko zostało pochowane, a d. 12 na zlecenie Sądu wydobyte z ziemi i poddane sekcyi sądowéj.

Sekcyję uskutecznili radca lekarski i chirurg obwodowy; mieli oni przed sobą dobrze odżywione zwłoki dziecięcia 70 cm. długiego: brzegi skrzydeł nosowych pargaminowo zaschnięte, żółtawo-brunatne; błona śluzowa warg brunatna, sucha, w szczęce górnéj 2 a w dolnéj 3 zęby; na języku kilka ciałek czarnych, rozpoznanych jako mrówki; język sam jest biały, jakby gotowany, papierek lakmusowy niebieski zetknięty z językiem, oraz z płynem z ust wydobywającym się, czerwieni się; pod bródką smuga żółta, pargaminowa, przebiegająca od prawéj granicy bródki ku uchu lewemu w długości 6 cm., a szerokości $^1/_4$ cm.; brzeg zewnętrzny małżowiny usznéj lewéj również pergaminowo zaschnięty; podobne miejsca zaschnięte, barwy ciemniejszéj znajdują się na szyi, na klatce piersiowéj, na udzie lewém, i nad łopatkami. Opona twarda i miękka mocno nastrzykana, w zatokach żylnych dużo krwi ciemnéj, skrzepłéj, opona pajęcza prawidłowa, mózg miernie w krew obfity, komórki boczne zawierają nieco surowicy jasnéj, móżdżek, rdzeń przedłużony i most Varola zawierają mało krwi, kości czaszkowe nieuszkodzone. W tchawicy i organach piersiowych nic nieprawidłowego. Żołądek bardzo kruchy, rozrywający się śród wyjęcia, błona śluzowa jego wszędzie blada, tu i owdzie pomarszczona, wynaczynionek lub nadżerków nigdzie nie ma; treść żołądkowa była biała i składała się z mleka ściętego; błona śluzowa gardziela blada, z tyłu pomarszczona; reszta trzew brzusznych prawidłowa.

I na podstawie takiego wyniku sekcyi obaj urzędnicy lekarscy orzekli tymczasowo: „Dziecko według wszelkiego prawdopodobieństwa umarło z udaru mózgowego wskutek spożycia kwasu siarkowego lub istoty w podobny sposób działającéj.“ Zaprawdę włosy jeżą się na myśl, że w ręce takich dygnitarzy-znawców złożone są losy ludzkie!

Nie dość na tém! W pomieszkaniu małżonków H. znaseziono po sekcyi flaszeczkę, mieszczącą w sobie kwas siarkowy zgęszczony,—a więc zapewne ta niefortunna flaszka stała się zdradliwą doradczynią pp. znawców, którzy zrazu zapewne nie mieli wyobrażenia o przyczynie śmierci dziecięcia. Flaszeczkę tę oraz trzewa *lege artis* przechowane oddano chemikowi do badania, który w trzewach nie znalazł wolnego SO_3 i tylko ślady siarkanów. Sąd zażądał wtedy od obducentów orzeczenia uzasadnionego, a ci pomimo ujemnego wyniku badania chemicznego tym razem stanowczo oświadczają się za śmiercią z otrucia SO_3, opierając się: 1) na braku rozpadu gnilnego, pomimo że sekcyja odbyła się w lipcu w 6 dni po śmierci dziecięcia; 2) na zaschnięciu pergaminowém skrzydeł nosowych, warg itd.; 3) na kruchości żołądka i marszczkach błony śluzowéj; 4) wreszcie na ciemném zabarwieniu i gęstości syropowatéj krwi. W arcyoryginalny sposób nadto tłumaczą pp. znawcy związek pomiędzy otruciem SO_3 a udarem mózgowym, który według nich stał się bezpośrednią przyczyną śmierci. „Działanie żrące SO_3 na przełyku i gardzielu wywołać musiało współczulne drażnienie w krtani i tchawicy, a tém samém kurczowe zamknięcie głośni. Jeżeli zamknięcie to nastąpiło po wydechu, płuca zapadły się a dostanie się do nich krwi było niemożebném. Tym sposobem powstać musiała zastoina krwi w jamie czaszkowéj a w następstwie przekrwienie. Z wyjątkiem SO_3 nie znamy żadnéj innéj istoty, którąby podobne zjawiska wywołać mogła.“

Pamiętne to orzeczenie wydane zostało we wrześniu 1872; daje ono smutne świzdectwo o nieznajomości pierwszych zasad fizyjologii i anatomii patologicznéj ze strony dwóch urzędników lekarskich i to wcale niemłodych (bo po 58 lat liczących),— a jednak na podstawie tego orzeczenia bez zasięgnięcia zdania instancyj wyższych Sąd oskarżył małżonków H. a trybunał przysięgłych wyrokiem z d. 24 stycznia 1873 r. skazał Harbauma na 10 lat ciężkiego więzienia, podczas gdy żona jego uwolnioną została. Wyrok stał się prawomocnym d. 10 kwietnia 1873.

We 2 miesiące późniéj Deputacyja umiejętna w Berlinie mając sobie przedłożone do soperrewizyi orzeczenie z prowincyi monastyrskiéj z ostatniego kwartału 1872 r. odnośnie do sprawy Harbauma orzekła co następuje:

„Obducentom należy oświadczyć co następuje: Że dziecko umarło z udaru mózgowego, jest przypuszczeniem całkiem dowolném, ponieważ przeciwnie tak w mózgu jako w splotach naczyniowych mierna tylko ilość krwi się znajdowała. Trudniéj jeszcze pojąć, jakim sposobem obducenci udar ten mózgowy wywodzą od otrucia SO_3. Nawet gdyby otrucie takie z pewnością sprawdzone zostało, — co jednak nie nastąpiło,—byłoby w najwyższym stopniu uderzającém, aby w ogóle skutkiem otrucia SO_3 udar mózgowy się pojawił. Stan żołądka nie przemawiał wcale za otruciem SO_3, lecz za prostém rozmiękczeniem. I przez orzeczenie uzasadnione zdanie pierwotne obducentów nie zostało lepiéj wyjaśnioném. Gdy badanie chemiczne wykazało, że kwas znaleziony nie był SO_3, lecz prawdopodobnie zwykłą treścią kwaśną żołądka, powinni byli odstąpić od myśli pierwotnéj. Stan krwi nie jest żadną podstawą dla takiego przypuszczenia. Wreszcie plamy pargaminowe skóry są tylko częściowém zaschnięciem po otarciach. Czy ostatnie atoli powstały przez otrucie lub nadżarcie, nie ma żadnéj podstawy do przypuszczenia. Berlin 18 czerwca 1873.“

Orzeczenie więc Deputacyi umiejętnéj jest arcysłuszném, stanowczém i dosadném potępieniem orzeczenia pierwszych znawców. Dziwić się nie możemy, że ono wydaném zostało dopiero w 9—10 miesięcy po orzeczeniu tych ostatnich, albowiem uwzględnić wypada, że w Deputacyi schodzą się orzeczenia ze wszystkich prowincyj królestwa pruskiego, załatwienie zatém śpieszniéjsze jest prawie niemożebném. Ale orzeczenie to wydane zostało w 2 miesiące po uwięzieniu Harbauma za wyrokiem prawomocnym; zachodzi więc pytanie, dlaczego H. nie został wtedy uwolniony, a w tym razie krzywda wyrządzona człowiekowi niewinnemu przez grubą nieumiejętność dwóch znawców byłaby bez porównania mniéj dotkliwą, aniżeli się stała w rzeczywistości. Tutaj jest luka w sprawozdaniu, tu opuszcza nas nić przewodnia Skrzeczki; domyśleć się należy, że rzeczywiście jest „coś zbutwiałego w Prusiech,“ nad którém sprawozdanie przechodzi do porządku dziennego, wykazawszy namacalnie, że Deputacyja spełniła sumiennie swój obowiązek. Według przepisu w król. pruskiém obowiązującego Sądy przesyłają wszystkie bez wyjątku sprawozdania sądowolekarskie w odpisie do rządów prowincyjonalnych, zkąd dostają się do kolegijów lekarskich prowincyjonalnych. Kolegija ze swéj strony po uskutecznionéj rewizyi przesyłają sprawozdania wszystkie do ministerstwa w Berlinie, zkąd dostają się znów do Deputacyi umiejętnéj dla superrewizyi. Wynik ostatniéj odsyła się odnośnemu kolegijum prowincyjonalnemu z jednéj, a z drugiéj strony odnośnym znawcom, celem pochwalenia ich lub pouczenia. Jest to urządzenie wprawdzie powikłane, jednak nader stósowne, ponieważ istnieje kontrola nad sprawozdaniami zna-

wców a tém samém daną jest dla Sądów rękojmia, że sprawozdanie nieuzasadnione należycie będzie sprostowaném, lekarz sądowy zaś znajdzie albo zachętę albo pouczenie w przypadku zawiłym. Lecz urządzenie choćby najtrafniejsze dopóty tylko odpowiada celowi, dopóki wykonanie jest energiczném. Czy w przypadku Harbauma cenzura tak słuszna Deputacyi dostała się do kolegijum monastyrskiego i do obducentów, o tém w sprawozdaniu Skrzeczki nie ma wzmianki; zdaje się, że w téj mierze zaszło jakieś uchybienie, że cenzura albo nie doszła stron interesowanych, albo ostatnie nie uczyniły z niéj użytku. Tym tylko sposobem stało się możebném, że pomimo téj cenzury Harbaum pozostawał nieprzerwanie w więzieniu w Celle przez lat 8, dopóki prosty przypadek nie posłużył ku wykazaniu jego niewinności.

Przypadkiem tym było pojawienie się w 2gim zeszycie 24go tomu *Viertelj. f. ger. Med.* opisu kazuistycznego prof. Maschki w Pradze, tyczącego się dziecka zmarłego z puchliny worka sercowego, a na którém znaleziono także smugi i plamy brunatne i czarne, które odwilżone oddziaływały kwaśno; tłumaczenia się obwinionego ojca, jako plamy te pochodziły od działania mrówek, obducenci nie uwzględnili, Wydział lekarski w Pradze atoli uznał je za wiarogodne. — Opis ten szczęśliwym trafem dostał się w ręce przełożonego więzienia w Celle, który natychmiast zwrócił uwagę Sądu na podobieństwo, zachodzące między tym przypadkiem a sprawą Harbauma. Wtedy dopiero Sąd wydobył akta śledcze i zażądał orzeczenia od kolegijum lek. w Monastyrze. Orzeczenie tego kolegijum, wydane d. 17go sierpnia 1881 r., wyklucza śmierć z otrucia SO_3, przypisując plamy w mowie będące działaniu mrówek i uznaje śmierć jako naturalną, jednak niepojętym znów sposobem przypuszcza, że śmierć dziecięcia nastąpiła z udaru mózgowego. Wreszcie Deputacyja umiejętna, proszona o zdanie, przez sprawozdawcę prof. Skrzeczkę oświadczyła: 1) że przyczyny śmierci dziecięcia oznaczyć nie można, 2) że jednak niema podstawy do przypuszczenia śmierci gwałtownéj, a śmierć z zatrucia SO_3 stanowczo wykluczyć należy, i 3) że przypuszczeniu śmierci naturalnej nic nie stoi na przeszkodzie. — Wiadomo, że na podstawie tego orzeczenia, wydanego w d. 9 listopada 1881 r., Harbaum po 8-letniém uwięzieniu uznany został niewinnym i wypuszczony na wolność.

Sprawa Harbauma na pozór tylko jest podobną do sprawy Steinerównéj we Wiedniu, o ile w jednéj i drugiéj osoby niewinne niesłusznie skazane zostały; w rzeczy samej atoli pod względem sądowo-lekarskim żadne między temi sprawami nie zachodzi podobieństwo. Sprawę Steinerównéj znają Czytelnicy Przeglądu Lekarskiego, tu zaszła omyłka co do sprawcy czynu zbrodniczego a nie było najmniejszego uchybienia ze strony znawców; w sprawie Harbauma główna wina ciąży na obducentach, a część spada na wadliwą kontrolę. Ze sprawy wiedeńskiéj płynie co najwięcéj nauka dla znawców, że w dochodzeniu skrytobójstwa należy być ostrożnym aż do przesady; sprawa monastyrska dowodzi, że nietylko nie ma nic doskonałego pod słońcem, ale że i owa wychwalana i słusznie za wzór stawiana instytucyja sądowo-lekarska w Prusiech chromieje, nietylko z powodu braku sprężystości organów wykonawczych, ale co ważniejsza z powodu niedostatecznego wykształcenia fachowego niektórych przynajmniéj urzędników lekarskich. Jeżeli dwaj osiwiali w służbie fizycy nie umieją sobie zdać sprawy z przypadku prostego, jeżeli nie wiedzą, co jest objawem trupim a co zmianą urazową, jeżeli razem z nimi całe kolegijum lekarskie prowincyi przypuszcza udar mózgowy, gdzie go wcale nie było, — to rzeczą jest jasną, że sposobność kształcenia się i liczne egzaminy nie dają wcale rękojmi, że jednostki i grona, od których honor, wolność i życie człowieka zależy, zdolne są wywiązać się należycie z arcyważnego swego zadania.

Że podobne zdarzenia i u nas są możebne, bardziéj nawet możebne, aniżeli w Prusiech, nie ulega wątpliwości; ale ponieważ *socios habuisse malorum* stanowić nie może dla nas pociechy, więc dla zaradzenia złemu oglądać się należy za środkami odpowiedniemi. Nie każda sprawa staje się rozgłośną, ale któż zdoła ocenić, ile razy ludzie niewinnie zostają skazani na podstawie mylnego orzeczenia lekarskiego? Nie wątpimy, że każdy lekarz orzeka zgodnie z przekonaniem swojém, ale jednostka może się mylić, tém łatwiéj, im mniejsze jego doświadczenie. Zasięganie zdania innych znawców lub Wydziałów lekarskich w przypadkach wątpliwych, ustawą zastrzeżone, nie wystarcza, ponieważ nasuwanie się wątpliwości jest bardzo względném; tak np. przypadek nie będzie dla sędziego wątpliwym, jeżeli ma wielkie zaufanie do znawcy, lub jeżeli znawca w danym razie orzeka stanowczo. Mówimy na podstawie wieloletniego doświadczenia praktycznego: ile razy śród rozpraw zmuszeni byliśmy występować przeciw aktowi oskarżenia, na zapytanie swoje, dla czego orzeczenia poprzednio nie poddano rewizyi, otrzymaliśmy odpowiedź, że orzeczenie to dla swéj stanowczości zdawało się być pewném i należycie uzasadnioném. Naszém więc zdaniem zachodzi konieczna potrzeba, aby Sądy we wszystkich bez wyjątku przypadkach domniemanego morderstwa zasięgały zdania Wydziałów lub gron lekarskich i tylko takie postępowanie byłoby należytym środkiem zaradczym przeciw niebezpieczeństwu skazania człowieka niewinnego; a zwiększona przez to czynność tak Sądów jako Wydziałów lek. wchodzić nie może w rachubę, gdzie waży się los bliźniego!

Prof. Blumenstok.

IV. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 26 marca do 1 kwietnia śmiertelność ogólna w Krakowie obniżyła się z 47,3 do 36,6 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 4 (0 z. t.), z płonicy 3 (2 z. t.), z błonicy 3 (0 z. t.), z krztuśca 0 (2 z. t.), z duru osutkowego 4 (5 z. t.), z wścieklizny 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 10 przypadkach ospy, 2 płonicy, 1 duru brzusznego, 22 duru osutkowego. W tygodniu od 26 lutego do 4 marca zachorowało na ospę w Londynie 56 osób, leczyło się w szpitalach 435, umarło 23. W Wiedniu umarło 23, w Budapeszcie 14, w Pradze 5, w Paryżu 11, w Warszawie 39. Sporadycznie pojawiła się ospa w Brukseli, Roterdamie, Manchestrze, Murcyi i Saragosie. W Lizbonie umarło 10, w Madrycie 48. W styczniu panowała ospa w północnéj Ameryce. Odra zabrała nieco więcéj ofiar w Wiedniu i Londynie, mniéj umarło w Chrystyjanii i Kopenhadze. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 16, w Warszawie 3, w Budapeszcie i Murcyi po 2, w Londynie i Walencyi po 1. Od 1—15 stycznia umarło w Rio de Janeiro z ospy 18, z febry żółtéj 1.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 26 lutego do 4 marca umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 41,3; we Lwowie 33,4; w Poznaniu 21,3; w Wiedniu 35,3; w Budapeszcie 44,7; w Pradze 36,7; w Tryjeście 39,2; w Berlinie 25,6; w Wrocławiu 29,7; w Gdańsku 31,1; w Mnichowie 41,6; w Dreźnie 27,3; w Lipsku 23,0; w Bazylei 21,2; w Brukseli 24,2; w Amsterdamie 25,7; w Hadze 24,0; w Paryżu 31,0; w Londynie 24,0; w Kopenhadze 27,9; w Stokholmie 25,1; w Chrystyjanii 21,7; w Petersburgu 38,7; w Odesie

33,3; w Wenecyi 35,0; w Bukareszcie 31,5; w Madrycie 53,5; w Lizbonie 31,7; w Aleksandryi 31,6; w Nowym Yorku 34,6; w Filadelfii 22,9; w Bombaju 33,9; w Madrasie 42,4. *J. B.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 kwietnia. Na Walném Zgromadzeniu Tow. lekarzy galicyjskich, odbytém w dniu 20 lutego rb. (p. Przegląd Lek. Nr. 11), przyjęto bez rozpraw wniosek naglący, uczyniony przez Sekcyję przemyską, aby Rada zawiadowcza wezwała bezzwłocznie Administracyję zdrojowiska szczawnickiego do spiesznego urządzenia tamże stacyi meteorologicznéj. Ze sprawozdania dowiedzieliśmy się ku wielkiemu zadziwieniu swemu, że obecnie w Szczawnicy stacyi meteorologicznéj nie ma, podczas gdy dawniéj istniała, — a zgadzając się w zupełności z motywami Sekcyi, uznaliśmy za obowiązek swój poprzeć słuszne zabiegi kolegów lwowskich i przemyskich i w tym celu udaliśmy się przedewszystkiém o wyjaśnienie do p. Dra Daniela Wierzbickiego, adjunkta przy Obserwatoryjum astronomiczném tutejszém, ja o kompetentnego znawcy sprawy, o którą się rozchodzi. P. Dr. Wierzbicki oświadczył gotowość wyjaśnienia jéj przez zasięgnięcie informacyj na miejscu, a z łaskawego przyrzeczenia swego wywiązał się szybko przesyłając nam list, który dosłownie umieszczamy:

„W sprawie wniosku, uczynionego przez Sekcyję przemyską Tow. lek. gal., a tyczącego się założenia stacyi meteorologicznéj w Zakładzie zdrojowym w Szczawnicy, przekazanego mi przez Redakcyję Przeglądu Lek. do wyjaśnienia odpowiadam: W latach 1868 i 69 spostrzeżenia meteorologiczne robił w Szczawnicy Wny ks. Przybyś, pleban tameczny. Z powodu atoli licznych jego zajęć rzecz ta kulała od początku samego i doznawała przerw licznych, aż wreszcie zupełnie zaniechaną została. Narzędzia, które tam podówczas były, uległy w skutek zaniedbania sprawy częściowemu lub zupełnemu zniszczeniu. Z nich tylko barometr rtęciowy, aczkolwiek także wymagający podobno restauracyi, będzie mógł być użytym, co jest rzeczą ważną, zważywszy, że jest to najkosztowniejszy z przyrządów. Tak restauracyja ta, jak i sprawienie reszty niezbędnych przyrządów, nie przeniesie ceny 25 fl., których jak spodziewać się należy, nie poskąpi Zarząd zdrojowisk, aby powszechnemu a uzasadnionemu życzeniu odpowiedzieć. Chodzić więcéj będzie o obserwatora sumiennego i takiego, któryby rok cały bez przerwy czynność tę podjął się załatwiać, a bez czego nie może ona mieć żadnego znaczenia. O ile listownie rzecz wyrozumiałem, bez wynagrodzenia choćby skromnego (w Krynicy obserwator pobiera 50 fl. rocznie), nie można liczyć na takowego, widziałbym go zaś tylko w osobie tamecznego nauczyciela, jako stale rok cały z miejsca pobytu się nieoddalającego. Spodziewać się także należy, że i o wynagrodzenie to nie trudno będzie wystarać się Zarządowi zdrojowisk, poczém przez parę lat odkładając jeszcze na narzędzia po 25 fl. będzie można stacyję postawić na stopie odpowiedniéj jéj zasobom i znaczeniu."

Z poważaniem
Dr. Wierzbicki.

W obec tego wyjaśnienia, za które piszącemu serdeczne składamy dzięki, spodziewać się należy, że Zarząd zdrojowiska wystara się o dotacyję skromną, i że już w sezonie zbliżającym się stacyja meteorologiczna w Szczawnicy będzie urządzoną.

(?) Z wychowańców szkoły krakowskiéj są obecnie sekundaryjuszami w szpitalach wiedeńskich: Dr. Opydo w oddziale ospowym w szpitalu na Wiedeniu, w szpitalu zaś Rudolfa Dr. Dumaire w oddziale chirurgicznym, Dr. Ebers w oddziale chorób wewnętrznych, a Dr. Ostafiński i Dr. Schneeder w oddz. okulistycznym.

* Dr. Jakliński z Wizowic na Morawie przeniósł się do Jasła, gdzie został mianowany sekundaryjuszem przy szpitalu powszechnym.

* Otrzymaliśmy Dziewiąte sprawozdanie komitetu Tow. opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie z r. 1881. W roku minionym liczba członków Tow. wynosiła 121, dochód 26,080 złr. 19 c., rozchód 13,031 złr. 86 c. pozostałéj kwoty 13,048 złr. 33 c. użyto na spłacenie kosztów budowy nowego pawilonu szpitalnego. Szpital św. Ludwika na łóżek 72 dla dzieci; w r. 1881 leczono dzieci 821, ambulatoryjnie 1940, szczepiono 22, razem 2782.

* **Warszawa.** Dr. Pasternacki, lekarz w szpitalu ujazdowskim, habilituje się jako docent psychijatryi w Uniw. warszawskim (*Gaz. Lek.*), a Drowie Sikorski i Czeczot habilitowali się jako docenci tegoż przedmiotu w Akademii lek. w Petersburgu (*Med.*)

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Proff. Helmholtz i Kirchhoff otrzymali krzyż komandorski orderu francuskiego legii honorowéj.

* **Nekrologija.** W Charkowie umarł profesor farmakologii Dr. Jan Stankiewicz, licząc lat 50. (*Medycyna*).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Przewodniku gimnast.* Nr. 4: Żulińskiego: Ruch mięśniowy i wpływ jego na zdrowie człowieka.— W *Medycynie* Nr. 14: Rybickiego: Kilka uwag praktycznych o obrocie na nóżki; Suligowskiego: Przypadek wrodzony przemieszczenia trzew. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 15: Erlickiego: Kilka rysów z symptomatologii obłąkania epileptycznego; Pawińskiego: O tak zwanym połowiczym skurczu serca (c. d.); Sokołowskiego: O suchotach płucnych przymiotowych (dok.)— W *Medycynie* Nr. 15: Rybickiego: Kilka uwag praktycznych o obrocie na nóżki (c. d.)

Piśmiennictwo lekarskie. PREYER W. Die Seele d Kindes. Beobachtungen üb. die geist. Entwicklg. d. Menschen in den ersten Lebensjahren. gr. 8. Leipzig, Grieben. M. 8.

SCHNEIDER F. C. u. A. VOGL. Commentar zur österr. Pharmacopoe. 3 Aufl. M. 164 Holzschnitten. 7 Lfg. Wien, Manz. M 2.

SENATOR H. Die Albuminurie im gesunden und kranken Zustande. Mit 1 Taf. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 3. 60.

STEIN S. Th. Die parasitären Krankheiten d. Menschen. I. A. u. d. T.: Entwickelungsgeschichte u. Parasitismus d. menschl. Cestoden. Mit 79 Textillustr. u. 14 phototyp. Tfln. gr. 4. Lahr, Schauenburg. cart. M. 18.

STRICKER S. Das Zuckungsgesetz. Nach neuen Untersuchungen dargestellt. Mit 15 Holzschnitten. Lex. 8. Wien, Gerold's Sohn. M. 1. 50.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę d. 26go bm. w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém po zapowiedzianéj dyskusyi nad odczytem kol. prof. Korczyńskiego, odbytym na zeszłém posiedzeniu kol. prof. Browicz okaże i objaśni kilka preparatów, a kol. doc. Ponikło przedstawi jeden z ciekawych przypadków cierpienia nerwowego.

Sprostowanie. W Nrze 15tym Przeglądu Lek., w artykule o elektryczném działaniu ustroju ludzkiego na przedmioty martwe, na str. 188, w łamie drugim wierszu 23 od dołu zamiast „i ręką," winno być „ircha."

Do Nru dzisiejszego dołącza się: Zakład zdrojowy Cieplice Trenczyńskie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Administracyja Przeglądu Lekarskiego z dniem 20 Kwietnia r. b. przeniesioną została na ulicę Sienną L. 14. Isze piętro.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w **Austryi** 8 złr. 80 c.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 29 kwietnia 1882. **№ 17.** Rok XXI.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych Doc. Dra Pareńskiego.

Dur brzuszny (*Typhus abdominalis*).

Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu Śgo Łazarza w latach 1876—1880.

Napisał Dr. Wiktor Żelazowski,
sekundaryjusz szpitala św. Łazarza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

Przebicie się wrzodu durowego do jamy otrzewny wraz z następowém zapaleniem tejże spostrzegano w 2ch przypadkach; oba zakończyły się śmiercią.

Zapalenie otrzewny bez przebicia się wrzodu obserwowano u jednego chorego, który umarł.

Ostry obrzęk wątroby obserwowano u jednéj choréj z długim bardzo przebiegiem duru, gdyż gorączka trwała 36 dni; obrzęk ten wystąpił nagle w 3cim okresie choroby, w okresie gorączki zwalniającéj. A mianowicie u choréj téj, u któréj w dniu przybycia do szpitala (w 10tym dniu choroby) nie spostrzeżono powiększenia wątroby, wystąpiły w 24 dniu choroby silne bóle w podżebrzu prawém i wymioty. Badanie wykazało stłumienie wątroby aż do wysokości pępka, brzeg jéj był przy cienkich powłokach brzusznych wyraźnie macalny, bolesny; chora leżała tylko na boku prawym. W narządzie oddechania i krążeniu żadnéj przyczyny do mechanicznego przekrwienia wątroby nie wykryto. Po 6ciu dniach bolesność i obrzęk wątroby ustąpiły. Gorączka charakterystyczna w tym okresie choroby nie okazywała żadnych odmian.

Drugi przypadek dotyczył chorego, który w 16 dniu choroby, w okresie gorączki ciągłéj uskarżał się na ból w podżebrzu prawém. Badanie wykazało brzeg wątroby na 3 palce macalny, bolesny. Obrzęk trwał 5 dni.

Oba te przypadki przebiegały bez żółtaczki, a zakończyły się zupełném wyzdrowieniem. Chorzy oboje opuścil szpital z wątrobą co do wymiarów i czynności prawidłową.

Zapalenie dławcowe jamy ust obserwowano dwa razy i dwa razy téż widziano wśród przebiegu duru zapalenie dziąseł, zajmujące dziąsła szczęki górnéj i dolnéj, przyczém chorzy żalili się na silny ból zębów. Przypadki te nie były leczone kalomelem.

Zapalenie połyku *(Pharyngitis)* widziano u 5 chorych. Zapalenie to w durze brzusznym bardzo było silne; tylna ściana przełyku wyglądała jak czerwony aksamit z przerosłemi brodaweczkami; gdzieniegdzie wybroczyny krwawe i śluz zaschnięty. Zapalenie takie pojawiało się zaraz w pierwszym okresie duru brzusznego, a chorzy przychodząc do szpitala żalili się tylko na to, że im w gardle zasycha, i że połykać dobrze nie mogą.

Błonicę *(Diphtheritis)* obserwowano tylko w dwóch przypadkach.

Nieżyt żołądka z wymiotami i bólami żołądka obserwowano u 19 mężczyzn a 13 kobiet; ponieważ z tych umarło 8 chorych, czyli 25%, przeto powikłanie to należy uważać jako *mali ominis.*

Narząd krążenia:

Zapalenie osierdzia wydarzyło się w 4ch przypadkach; chorzy wyzdrowieli; u jednego tylko chorego pozostał znaczny przerost serca.

Sinicę znacznego stopnia uważano u 2 mężczyzn, u których obok rozedmy płuc przebiegał silny nieżyt oskrzelowy.

Narząd oddechowy:

Zaliczywszy nieżyt oskrzeli do przypadków istotnych duru brzusznego nie będę już mówił o nim w tém miejscu.

Zapalenie płuc opustowe wykazano u 17 chorych; przypadki te, z wyjątkiem trzech, śmiercią się zakończyły. Już poprzednio zwróciłem na to uwagę, że nieżyt oskrzelowy w durze brzusznym w nader krótkim czasie może przejść w ocieklinowe zapalenie płuc.

Zapalenie płuc dławcowe (*Pneumonia crouposa*) widziano u 7 chorych, z których dwóch umarło.

Zapalenie opłucny rozwinęło się u 4ch chorych jako *pleuritis sicca*; występowało zawsze po stronie lewéj, i nigdy nie przechodziło w wysięk opłucnowy; zapalenia opłucny pojawiały się w okresie 3cim.

Narząd nerwowy.

Znaczne przekrwienie mózgu obserwowano w 6ciu przypadkach; przypady były podobne do zapalenia opon mózgowych; między temi był jeden przypadek śmierci. U 2 kobiet obserwowano drgawki.

Kontraktury mięśni obu ramion obserwowano u 1go mężczyzny.

W sferze narządu moczowego powikłań żadnych nie uważano.

Skóra, mięśnie, gruczoły, zmysły itd.:

Plamy czerwone, t. zw. *taches bleuâtres*, widziano tylko u jednego chorego.

Róża (*erysipelas*) pojawiła się tylko w owych 3 przypadkach, o których przy krwotokach kiszkowych już wspomniałem.

Opryszczki na wargach (*Herpes labialis*) wytworzyły się tylko raz przy powikłaniu z zapaleniem płuc dławcowém.

Ropień na karku widziano u jednéj kobiety.

Odleżyna (*Decubitus*). Odleżyny w durze brzusznym należą do nader częstych powikłań i pomimo najtroskliwszych starań około chorych nie daje się im zapobiedz. Nie zawsze odleżyny są tego rodzaju, aby zagrażały niebezpieczeństwem. Zależą one z jednéj strony od osłabionéj czynności serca, z drugiéj zaś od ciągłego leżenia chorego na plecach. *Decubitus* widziano u 28 chorych; u 6 osób z tych odleżyny były bardzo znaczne.

Zapalenie ucha widziano u 5 chorych.

Zapalenie gruczołu sutkowego (*Mastitis*) u 2 kobiet.

Poronienie u 2 kobiet.

Zapalenie gruczołu przyusznego (*Parotitis*) u 4ch osób.

Poty obfite widziano u 5 chorych.

Puchlina nóg rozwinęła się u 3 malaryków.

Do ogólnych zboczeń wreszcie, stanowiących powikłanie duru brzusznego, należy skłonność do krwotoków (*diathesis haemorrhagica*) występująca jużto w formie krwotoku nosowego (*epistaxis*) u 9 chorych, z których troje umarło; daléj krwotok płucowy (*bronchohaemorrhagia*), u 1 mężczyzny, a wreszcie wymioty krwawe (*haematemesis*) u jednéj kobiety.

Recydywę duru brzusznego obserwowano tylko w jednym przypadku; recydywa była znacznie łagodniejszą niż dur przebyty.

Następstwa.

Mówiąc o następstwach przytoczyć mogę tylko te następstwa duru brzusznego, które podczas pobytu chorego w szpitalu po przebytéj chorobie się pojawiały. Następstwa ugrupowałem poniżéj według częstości występowania:

Zimnicę uporczywą spostrzegano u 4 mężczyzn i 2 kobiet. Uporczywemi nazywam te formy zimnicze, gdyż podawanie chininu nawet w ilości 3.00 w przeciągu kilku godzin nie zdołało jéj usunąć. Zimnica ta miała tor codzienny i wywołała podczas dreszczu niekiedy podniesienie się ciepłoty do 41.5. Tylko po opuszczeniu szpitala przez chorego zimnica ta stawała się łagodniejszą, a wreszcie znikała. Dowodziłoby to, że przyczyny owéj zimnicy szukać należało raczéj w niehigijeniczném położeniu szpitala, aniżeli uważać ją za następstwo duru.

Puchlina nóg u 5 mężczyzn trwała długi czas; byli to ludzie z chórą zimniczą, z bardzo wielką śledzioną. Puchlina taka przy odpowiedniém leczeniu znikała w przeciągu trzech tygodni.

Bezsenność u 3 mężczyzn i 1 kobiety; bezsenność taka występuje zazwyczaj po ostatnim dniu gorączki; chory nie jest w stanie ani na chwilę zasnąć.

Obfite poty obserwowano u 3 mężczyzn.

Nerwice, szczególnie w karku i odnogach dolnych, obserwowano u 2ch mężczyzn i 1 kobiety.

Otitis u 1 mężczyzny i 1 kobiety.

Anaemia u jednego mężczyzny i jednéj kobiety.

Cystopyelitis u jednego mężczyzny i jednéj kobiety.

Obstipatio u jednego mężczyzny i jednéj kobiety.

Phthisis pulmonum u 2 kobiet.

Nephritis u jednego mężczyzny.

Scorbutus u jednego mężczyzny, wreszcie *Icterus catarrhalis* u jednego mężczyzny.

(Dokończenie nastąpi).

II. Przyczynek do dyjagnostyki wrzodów gruźliczych w gardle i krtani.

Przez Dra Mahla.

(Rzecz wyłożona na posiedzeniu Tow. Lek. Galic. we Lwowie d. 18 marca 1882).

W listopadzie r. 1880 przedstawił mi się z polecenia kol. Dr. B. inżynijer S. z prośbą o radę na zadawnione cierpienie krtaniowe. Na wstępie opowiada, iż w r. 1874 przebył kiłę i leczenie przeciwkiłowe (naskórnie wcierania szaruchy, wewnętrznie jodek potasu). Obecnie doznaje zachrypnięcia, co już trwa od dłuższego czasu, nadto kaszle, czuje ból przy połykaniu i mierne osłabienie, łaknienie ma nieszczególne. Badanie wykazuje: wiek 45 lat, cera twarzy blada, podściółka tłuszczowa jeszcze miernie utrzymana. Błona śluzowa jamy ustnéj i gardziela blada, niedokrewna. Na tylnéj ścianie gardziela, w dolnéj jego części, widać dwie wypukłości rozmiarów połówki małego orzeszka, o powierzchni brodawkowéj malinowatéj. Blizny nigdzie śladu. Nakrywka głośni zgrubiała w skutek przerostu brodawkowatego tkaniny z rozpadem warstwy górnéj. Więzadła wrzekome przedstawiają podobny obraz przerostu brodawkowego, barwy blado różowéj. W głośni saméj miejscami zaczerwienienie, na tylnéj ścianie błona międzychrząstkowa brodawkowato przerosła, na powierzchni płytko owrzodziała. W płucach stłumienie odgłosu wypukowego w szczycie prawym i wydech zbliżony do oskrzelowego. Gruczoły chłonicze nigdzie niepowiększone.

Na podstawie powyższego wyniku badania rozpoznałem gruźlicę u osoby dotkniętéj przedtém kiłą, i poleciłem leczenie wzmacniające, miejscowo zaś pędzlowanie z wymoku jodowego i gliceryny. To atoli, stosowane codziennie przez 3 tygodnie, okazało się bezskutecznem, nadto drażniło i wzmagało ból przy łykaniu. Po trzech tygodniach przyznał się chory, iż zażywa bez méj wiedzy pigułki sublimatowe, ponieważ jako człowiek inteligentny wie, iż na gruźlicę krtani nie ma lekarstwa, woli zatém kiłę jako sprawę uleczną

przyjąć za przyczynę swego cierpienia. W takiém położeniu rzeczy zaprosiłem kol. Dra K. na naradę, a ten przychylając się do rozpoznania kiły, zaproponował leczenie przeciwkiłowe, a mianowicie wcierania szaruchy codziennie po 2.0. Już po czwartém wcieraniu chory mniemał, iż czuje polepszenie, badanie atoli wziernikowe nie wykazało i po szesnastém najmniejszéj zmiany obrazu chorobowego, owrzodzenie nakrywki z wydzielaniem ropy trwało daléj, nadto chory począł się żalić na utratę zupełną łaknienia i lekką gorączkę (38—38.4°C.) nad wieczorem. Zaniechano więc dalszego leczenia przeciwkiłowego, a w jego miejsce polecono dyjetę mleczną z koniakiem, miejscowo zaś morfin z gliceryną do pędzlowania. Nadeszła wiosna 1881. Apetyt się trochę poprawił, ból przy łykaniu trwał jak dawniéj, poleciłem choremu wyjechać do Gleichenbergu. Po drodze zaradził się w Wiedniu specyjalisty chorób krtaniowych prof. Sch., który zatrzymał go w Wiedniu i zalecił ponowne leczenie wcieraniami szaruchy, miejscowo zaś jodoform. Wcierania doprowadził chory do liczby 26, chociaż stan jego zdrowia pogarszał się z dnia na dzień. Wreszcie, zamiast jechać do Gleichenbergu, powrócił do Lwowa, i zgłosił się znowu do mnie. Badanie wykazało: w krtani owrzodzenia jak wyżéj jeno znaczniejsze, wydzielają ropę, kępki brodawkowate na tylnéj ścianie gardziela owrzodzone również w środku, na około owrzodzeń przerost tkaniny znaczny; w płucu prawém stłumienie i wydech słyszalny aż po łopatkę, w lewém stłumienie i wydech słyszalny w szczycie; skóra sucha, barwy blado-szaréj, kredowatéj, kaszel nieustanny, brak łaknienia, rozwolnienie, gorączka wieczorem do 39.5°C.

W lipcu 1881 nastąpiła śmierć.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę ze względu na leczenie tudzież ze względu na umiejscowienie owrzodzeń na tylnéj ścianie połyku. Co do pierwszego zachodzi pytanie czy w przypadku gruźlicy, gdzie poprzedzała kiła, a rozpoznanie skutkiem tego chwieje się między kiłą a gruźlicą, należy i godzi się tak uporczywie stosować leczenie przeciwkiłowe.

Za kiłą przemawiały w powyższym przypadku następujące względy:

1. Z wywiadów jeno ta okoliczność, że chory przebył w r. 1874, a więc przed 6 laty, wrzód stwardniały,

2. W stanie obecnym zaś, przerost tkaniny w formie bujania brodawek przeważnie na tylnéj powierzchni nakrywki głośni.

Natomiast przeciw kile przemawiał:

1. Brak blizn na tylnéj ścianie połyku, oraz ubytu języczka, zrośnięć bliznowatych między podniebieniem miękkiém a tylną ścianą połyku.

2. Okoliczność, że w kile owrzodzenie bywa więcéj ograniczone do pewnego miejsca, i sięga do warstw głębszych. Przeciwnie zaś w gruźlicy owrzodzenie bywa powierzchowne i więcéj rozlane bez ścisłych granic, błona zaś śluzowa naokoło blada.

3. Stłumienie odgłosu wypukowego w szczycie płucnym a nie jak czasem się zdarza w kile, w średnim płacie płuc.

4. Niedokrewność błon śluzowych, suchość skóry i wycieńczenie chorego.

5. Wynik ujemny leczenia przeciwkiłowego (chociaż w przypadkach kiły zadawnionéj Türck, Störk, Schnitzler, Tobold robili do 90 wcierań po 2—4grm. szaruchy).

W wskazówkach przeciwkiłowych pomijam bolesność znaczną przy łykaniu, chociaż objaw ten niektórzy autorowie przypisują tylko gruźlicy, faktem bowiem jest, że i zmiany kiłowe zdolne są sprawiać ból przy łykaniu w skutek drażnienia gałązki usznéj nerwu błędnego. Natomiast uwagi godnemi być sądzę dwie opisane wyżéj **wybujałości na tylnéj ścianie połyku** ze środkowym rozpadem: umiejscowienie w gruźlicy rzadkie. W kile bywają, jak Virchow opisuje (*Die Krankh. Geschwülste*, 2, p. 413), wybujałości podobne do gruczołów z korzenia języka, małe, okrągławe, miękkie, białawe, z licznemi naczyniami w około, wrzodziejące od powierzchni w głąb. Są to gumiaki, utkanie ich atoli nie jest ani galaretowate, ani zbite, twarde jak w okostnéj lub skórze, jeno ma zbitość nowotworów medularnych i jest barwy białawéj lub żółtawéj, co ztąd pochodzi, że główną część utkania stanowią liczne komórki.

W przypadku opisanym, w okresie, w którym chory zasięgnął méj rady, objawy przeważały, mojém zdaniem, na korzyść rozpoznania gruźlicy u osoby dotkniętéj przed laty kiłą. Uporczywe więc stosowanie leczenia przeciwkiłowego było, według mego zapatrywania, błędem.

III. Oceny i sprawozdania.

Odpowiedź na krytykę prof. Blumenstoka, zamieszczoną w 11 i 12 Nr. Przeglądu Lekarskiego 1882 r. a dotyczącą méj rozprawy: O podbiegnięciach krwi ze stanowiska sądowolekarskiego II. wydanéj w Tarnowie 1881 r. *).

„Na straży skarbu naszego powinna stać krytyka poważna i surowa, do któréj stosować musimy słowa poety:

„Patrzy z pilnością po świecie szerokim,
Co godne chwały, a co się nie godzi,
Gdzie ziarno dobre, gdzie się **konkol** rodzi“.

Temi słowy zakończył prof. B. ocenę méj pracy. Czy i o ile treści tych słów trzymał się prof. B. krytykując moją rozprawę, Szan. Czytelnicy raczą się przekonać z następujących wywodów.

1) Zarzuca mi prof. B., że pisząc o podbiegnięciach krwi rozszerzyłem znaczenie takowych, podciągając pod nie i wynaczynienia, które zdarzają się w oku, czaszce a nawet udar mózgowy.

Otóż wychodząc z założenia, że podbiegnięciem krwi nazywamy krwotok wewnętrzny, gdzie krew zbiera się nie w jamach ciała, lecz pomiędzy pojedynczemi tkaninami tegoż, myśląc loicznie, nie mogłem pominąć milczeniem i podbiegnięć krwi w oku i czaszce, mających tężsamą anatomiczną przyczynę t. j. pękanie ścian naczyń i wystąpienie z tychże krwi między pojedyncze tkaniny. Miałżeby prof B. znajdować się w posiadaniu tajemnicy, stanowiącéj różnicę między pęknięciem naczyń w mózgu a skórze, w skutek obrażenia zewnętrznego występującém.

2) Zarzuca mi prof. B., że pisząc o podbiegnięciach krwi w ciałku szklanném niewłaściwie przytoczyłem Graefego, a czerpiąc wiadomości z Arlta, zamiast przytoczyć ustępy Buszka, tłomacza pracy Arlta na język polski, wolałem zacytować Graefego.

Otóż mam zaszczyt oświadczyć, że mówiąc o dnie oka

*) *Komisyja Redakcyjna*, chcąc dać dowód bezstronności, zgodziła się na umieszczenie niniejszéj odpowiedzi Dra Kowalskiego; przyczém jednak oświadcza, że po replice Recenzenta uważa polemikę jako wyczerpniętą i zamkniętą.

wtedy dopiero widocznem, gdy nagromadzona krew w ciałku szklannem wessaną i przeobrażoną zostanie przytoczyłem Arlta, gdyż Arlt o tem pisał, mówiąc zaś o utracie poczucia światła przy obecności krwi w ciałku szklannem, musiałem przytoczyć Graefego, albowiem zasługa czynienia wniosku z utraty poczucia światła na oderwanie siatkówki Graefemu należy się. W *Archiv für Ophtalmologie* Tom 3, część 2, str. 367 pisze bowiem Graefe: *„Ist endlich.... der Lichtschein sehr beträchtlich herabgesetzt, so kann eine Netzhautablösung diagnostizirt werden“*.

Wyjaśniwszy rzecz ze stanowiska nauki, nie przywłaszczywszy sobie ani zdania Arlta, ani Graefego, mam to błogie przekonanie, że Szan. Kolega Buszek, który ze względu na swe prace, dotyczące higijeny i statystyki lekarskiej jest powagą między fizykami miejskiemi w Polsce, nie ma do mnie najmniejszéj pretensyi, że obok takich powag, jak Arlt i Graefe jego nazwiska, jako tłumacza pracy Arlta, nie umieściłem.

3) Prof. B. zarzuca mi, że pisząc o włosowatych apopleksyjach, nie zrozumiałem słów Bergmanna i uległem mistyfikacyi, biorąc skutek odnoszący się do doświadczeń na zwierzętach za ogólne prawidło, jako odnoszące się do obrażeń cielesnych na człowieku.

Tymczasem nie potrzeba tu ucznia z 1 roku medycyny, każdy bowiem zdrowym rozumem obdarzony laik, przeczytawszy dokładnie §. 203 dzieła Bergmanna: *Die Lehre von den Kopfverletzungen*. Stuttgart 1880 r., str. 306 z wszelką pewnością przyzna, że nie ja, lecz właśnie prof. B. uległ mistyfikacyi, odnosząc rzeczony ustęp tylko do zwierząt. Że tak jest a nie inaczéj dowodzą tego następujące słowa: *Die capillären Apoplexien findet man nach Gewalteinwirkungen auf den Kopf am häufigsten in der Gegend der Medula oblongata..... Sie (die Versuche Duret's) erklären warum so oft in den an Menschen beobachteten auch am Thiere erzeugten Comotionsfällen grade dte wichtigste Gegend des Nodulus vitae Sitz der capillären Hämorrhagien ist.*

4) Ażaliż właściwą jest rzeczą krytyki korzystać z prostych pomyłek drukarskich chok zamiast shok, Panus zamiast Panas i mimo właściwie przytoczonéj treści autora, czynić piszącemu zarzut wyłącznéj znajomości Panusa, ocenę podobnego postępowania pozostawiam najlepszemu z przyjaciół prof. B.

5) Prof. B. przytaczając kształt sińców przezemnie opisanych, t. j. że takowe mogą być okrągłe, czworokątne itd. oświadcza, że trudno wypowiedzieć więcéj mylnych zdań, aniżeli ja je wypowiedziałem.

Otóż żałuję mocno prof. B., że w swéj 17-letnéj praktyce nie widział sińców okrągłych, czworokątnych a nawet palczasto ułożonych. Ja wprawdzie w méj dopiero 14 rok liczącéj praktyce widziałem bardzo często sińce okrągławe, czworokątne chociaż rozlane, a nie rzadko i palczasto ułożone n. p. na policzkach lub plecach.

Że prof. B. pozostaje w sprzeczności nietylko z komplementem, dość często od podpitych a rozgniewanych chłopów używanym: „jak cię wyrżnę w pysk, to ci wszystkie pięć palców odbije“, ale nawet, i z własnemi swemi słowami, które jako docent wypowiedział, dość będzie porównać następujące ustępy:

Docent B. Przegląd Lekarski r. 1869 str. 214 szpalta 2.	Prof. B. Przegląd Lekarski r. 1882. str. 148.
„I tak po uderzeniach narzędziem tępém okrągłém znachodzimy najczęściéj sińce okrągławe.“	„Myśmy w 17letniéj praktyce sądowolekarskiéj na tysiące przypadków spotykali się tylko ze sińcami rozlanemi i smugowatemi.“

Że *tempora mutantur*, że jedne poglądy ustępują miejsca drugim, to wiemy i nie dziwimy się temu, lecz zdumieć się musimy nad dzisiejszém wyznaniem prof. B. zapierającego się słów swoich przed 13 laty wygłoszonych. Ażaliż wzrok docenta miałby być innym jak prof. Uniwersytetu?

Jak dalece wadliwie posługuje się prof. B. nawet kardynalnemi pewnikami medycyny sądowéj, tudzież w jak kolosalną sprzeczność popadł krytykując ustęp méj pracy, że po uderzeniach w czoło lub skronie w skutek udzielonego powiekom wstrząśnienia jedna lub obie powieki krwią podbiegają, dowodzą tego własne Jego słowa:

Docent B. Przegląd Lekarski r. 1869 str. 214, szpalta 2.	Profesor B. Przegląd Lekarski r. 1882 str.
„Umiejscowienie sińca nie zawsze odpowiada miejscu obrażonemu, jak to częstokroć widzimy, że uderzenie w skroń wywołuje sińce na powiekach lub wynaczynienia na siatkówce.“	„Częstość podbiegnięć w powiekach tłumaczy mylnie (Kowalski) przez utracenie ciągłości powiek skutkiem udzielającego im się wstrząśnienia, pochodzi ona bowiem ztąd, że krew wynaczyniona ścieka tam, gdzie z powodu luźności tkanin najmniejszy napotyka opór.“

Miałżeby więc docent B. przed 13 laty odkryć pasmo luźnych tkanin, łączących skroń z siatkówką?! Czyż podobna przypuścić, aby prof. B. wbrew ogólnie przyjętéj zasadzie, że po uderzeniach w skroń podbiegnięcia krwi i w siatkówce występować mogą, a to li tylko w skutek udzielonego jéj wstrząśnienia, dziś jeszcze wygłaszał z katedry, że w skutek uderzenia w skroń krew ściekać może luźnemi tkaninami aż do siatkówki?!

Na tém miejscu nie mogę pominąć milczeniem tego, że jeżeli prof. B. jest tak skorym do krytykowania drugich, powinien być o tyle dokładnym, aby słowa autora bez dowolnego okrawywania przytaczał. Tendencyjną bowiem nazwaćby można taką krytykę, która zamiast słów autora: „sińce czworokątne chociaż rozlane“ przytacza tylko „sińce czworokątne“ i całkiem niepotrzebnie rozwodzi się następnie nad prawami fizyki.

6) Prof. B. czyni mi zarzut, że ja jeszcze jeden wierzę w mimostrzał (*Luftstreifschuss)*.

Otóż nie tylko ja sam jestem tak zacofanym. Sławny chirurg Pirogoff wierzył także w mimostrzał i opowiedział przypadek, w którym w skutek przelecenia bomby tuż około majtka, tenże wkrótce żyć przestał. (Fischer: *Allgemeine Kriegschirurgie*, str. 122). Grossmann i Pelikan, robiąc doświadczenia z ciężkiemi działami, zauważyli choć małe, zawsze jednakże pewne skutki mimostrzału. *(Schmid's Jahrb.*, T. 97, str. 265). Ja zaś nasłuchawszy się bardzo wiele o mimostrzale od wojskowych, biorących udział w bitwach z ciężkiemi działami, obserwując naocznie przypadek, gdzie strzał nawet z dubeltówki z odległości 5 kroków, nie uszkodziwszy bynajmniéj odzieży, na udzie wyraźne podbiegnięcie krwi wywołał, nie mając pewności ażaliż w przypadkach takich przyczyną podbiegnięć krwi jest elektryczność lub rozrzedzone powietrze, uważałem za stosowne odnieść przyczynę podbiegnięć krwi do wstrząśniętych fal powietrza.

7) Zarzut prof. B. jakobym bez potrzeby ubił 15 królików jest z jednéj strony zaprawdę śmiesznym, z drugiéj zaś za nadto złośliwym, wystawiającym mnie na pociski

przeciwników wiwisekcyi, nawet jako własną ręką ubijającego króliki!

Mając założenie jasne t. j. czy podbiegnięcia krwi pod opłucną i osierdziem u powieszonych lub uduszonych napotykane zależą: *a)* od zwiększonego parcia krwi w układzie tętniczym, przez ucisk tętnic szyjnych? *b)* czy są następstwem siły sącéj, jaką prawa połowa serca przy ucisku żył szyjnych na układ żylny wywiera? *c)* czy téż wreszcie zależą od udaremnionych ruchów oddechowych klatki piersiowéj, powstających przy ucisku tchawicy? — przedsięwziąłem szereg doświadczeń i mogę zapewnić prof. B., iż mimo tego, że pomysł mój był oryginalnym, a króliki własną ręką zabijał posługacz szpitalny, osiągnąłem zamierzony rezultat.

Wsparty powyższemi doświadczeniami mam zaszczyt oznajmić prof. B., że chociażby moje doświadczenia z królikami powtarzał nie przez 5 minut, lecz nawet przez 5 dni i co sekunda spisywał spostrzeżenia, z pewnością do innych jak ja rezultatów nie dojdzie.

8) Również stanowczo odpieram uwagę prof. B., jakoby lekarze francuzcy (którzy?) a nie Casper nadali znaczenie sądowolekarskie podbiegnięciom krwi pod opłucną.

Że mężem tym jest Casper mówi o tém Hofmann (*Lehrbuch der gerichtl. Medicin* str. 520: *„Scit zuerst Casper auf diesen Befund (subpleurale Ecchymosen) in den Leichen Erstickter aufmerksam gemacht hatte“*, jako również i Rheder lekarz sądowy w Kiel: *„dass ihnen (subpleuralen Ecchymosen) erst Casper die ihrer Wichtigkeit gebührende Betrachtung schenkte. (Vierteljahrschr. f. ger. und öff. Medicin*, Tom. 32, zesz. 2, str. 237).

Nie zapuszczając się bynajmniéj z prof. B. w dyskusyję o części prawniczéj méj rozprawy, bo jak sam słusznie zauważył takowa do kompetentnych prawników należy, którzy najlepiéj osądzą, czy w niéj jest coś nowego, czy same tylko myśli przed 25 laty wygłoszone, pozostawiając Szan. Czytelnikom, w myśl założenia niniejszéj odpowiedzi, właściwy sąd, czy i o ile prof. B. wywiązał się z wymogów krytyki, poczytuję sobie za obowiązek z méj strony uczynić prof. B. tę skromną uwagę, że w Polsce znajduje się bardzo wiele takich lekarzy, którzy, choć nie pod powagą togi uniwersyteckiéj, w dzień zajęci praktyką, nocami ustawicznie przykładają się do téj nauki, którą całém sercem ukochali, a uważając się li tylko za prostych szeregowców, strzegących narodowych skarbów, w razie jeźli mozolną pracą dorzucą pyłek do budowy nauki lekarskiej, potrafią na podstawie dzieł naukowych odeprzeć nieuzasadnione zarzuty nawet z poważnego pióra wyszłéj krytyki. *Dr. Henryk Kowalski.*

Dr. Kowalskiemu odprawa.

Dr. Kowalski snać nie zrozumiał całéj doniosłości zarzutów moich, skoro w obronie swojéj nic więcéj nie przytacza, nad to, cośmy dosłownie i starannie, aby niczego nie pominąć, umieścili. Obrał on sobie taktykę oskarżonego, który nad najważniejszą częścią aktu oskarżenia usiłuje przejść do porządku dziennego, broniąc się tylko co do niektórych szczegółów, w mniemaniu, że przez to odwróci uwagę od faktów głównych, którym przeczyć nie może.

Zanim więc odpowiem na poszczególne ustępy obrony Dra K., przypomnę mu zarzuty, które zostawił bez odpowiedzi.

Zarzutami temi są:

1. że w ocenianiu lekkości lub ciężkości uszkodzenia cielesnego powoduje się niekiedy ubocznemi okolicznościami, jak zapalczywością lub złośliwością sprawcy, czynną lub słowną onegoż zaczepką, w miarę tego czy łagodzą lub obciążają czyn dokonany, — że więc głosi zasadę arcyszkodliwą, zasługującą na potępienie;

2. że na opis włosowatego udaru mózgowego sam nie mógł się zdobyć i wziął go żywcem z Bergmanna;

3. że nieloicznie przedstawił rzecz o wstrząsie;

4. że według niego zdarza się smuga obiegająca mniej więcéj koło całéj szyi i że ona świadczy o dłuższym ucisku;

5. że raz przypuszcza, a drugi raz wyklucza występowanie sińców na ścianach brzusznych;

6. że podaje, jakoby przekrój sińca według dzisiejszego stanowiska medycyny sądowéj posłużył tylko do wykazania różnicy między plamą pośmiertną a sińcem za życia powstałym;

7. że ustęp o siniaczkach na twarzy i pod spojówką wypisał wprost z dzieła Hofmanna, nie podając źródła i tłumacząc rzecz mylnie;

8. że podał bezzasadną dyjagnostykę bólu udawanego;

9. że mylnie twierdzi, jakoby nie było rzeczą lekarza ważyć uszkodzenia ze względu na terminologiję prawniczą;

10. że mylnie podaje, jakoby siniec wielkości centa powinien być uważany za lekkie, 15 sińców zaś wielkości jaja za ciężkie obrażenie cielesne;

11. że wdaje się w rzecz nie swoją, podając dziwaczną klasyfikacyję zbrodni i uszkodzeń;

12. że literaturę wypisuje albo z Hofmanna albo z roczników Schmidta, nie zajrzawszy do rozpraw oryginalnych, że z tego powodu nie zna wcale historyi nauki, że wszystkie prawie nazwiska autorów przez siebie przytoczonych przekręca, że w sposób tajemniczy wyraża się o kryształkach hematoidynowych itd. itd.

Wszystkie tu wyliczone zarzuty Dr. K. pomija milczeniem; *qui tacet, consentit.* Pytam się tedy, jeżeli autor broszury liczącéj 43 stronnic przyznaje się do tylu grzechów rażących, czy dzieło jego nie jest płodem poronionym i czy jest sposób wskrzeszenia takiego płodu? Dr. K. snać innego jest zdania; przypatrzmy się więc, jak zbija zarzuty, które poczytuje jako krzywdzące jego dobrą sławę autorską.

Pod jednym względem zgadza się Dr. K. ze mną, a mianowicie: że zapożyczył się u rozmaitych autorów. Ta tylko między nami zachodzi różnica, że on twierdzi, jakoby odpisał dobrze, ja zaś dowodzę, że źle odpisał.

Zbyteczną byłoby rzeczą rozpisać się nad niestosownością podciągnięcia apopleksyi mózgowéj pod pojęcie „podbiegnięcia krwi“; téj łoiki nie zazdroszczę nikomu. Według Dra K. wypada odtąd mówić i pisać: „Człowiek utraca życie w skutek wystąpienia podbiegnięć krwi w „miąszu“ mózgu po uderzeniu go w głowę przez sprawcę“ (str. 40).

Zapóźno przytacza teraz Dr. K. słowa Graefego. Że Graefe pisał jasno, o tém nikt na świecie nie wątpi; ale ja się pytałem, czy Graefe napisał coś podobnego: „uszkodzony traci zupełnie pole widzenia, nie traci jednakże poczucia światła, które u pobitych z oderwaną siatkówką napotykamy (Graefe)“ (str. 15). Nie, ten okres pozostaje niezaprzeczoną własnością Dra K. Szkoda, że nasz autor przed napisaniem swego dzieła nie sięgnął po *Archiv f. „Ophtalmologie“*.

Wymija Dr. K. zarzut mój, że wyrwał dwa ustępy z dwóch paragrafów dzieła Bergmanna i połączył je ze sobą, przez co zmienił znacznie tok myśli tego autora. Że nieodpowiednim jest opis apopleksyi włosowatéj, choć z Bergmanna wypisany, że nieprawdą jest, jakoby po uderzeniach w głowę zadanych wynaczynionki włosowate występowały najczęściéj w okolicy rdzenia przedłużonego, — o tém trudno będzie przekonać p. K., bo on wierzy ślepo w słowo drukowane.

Z licznych przezemnie przytoczonych przekręceń nazwisk autorów i chorób, Dr. K. wybrał sobie tylko p. Pannusa (którego teraz konsekwentnie pisze Panus, aby go uczynić podobnym do Panasa) i choc, mieniąc je być prostemi pomyłkami drukarskiemi. Wytłumaczyłem już wyżéj, zkąd te przekręcenia pochodzą, a co do wyrazu choc przypomnę Drowi K., że poszedł za Albertem, jedyną u niego powagą w rzeczach wstrząsu; ponieważ ostatni błędnie wyraz ten pisze, więc i nasz autor błędnie odpisał.

Obstaje przytém p. K., że widział bardzo często sińce czworokątne, choć rozlane, a nierzadko i palczasto ułożone; musimy mu więc wierzyć na słowo. Być może, że on widzi to, czego nikt inny nie widzi; wielka to jednak strata dla nauki, że Dr. K. pisze tak zagadkowo; wszakże byłoby to bardzo pouczającém dla lekarzy sądowych, gdyby szan. autor zechciał wytłumaczyć sposób powstawania sińców palczasto rozłożonych, które nierzadko widuje teraz znów na plecach.

P. K. zdobywa się na dowcip, bo mi zarzuca, że pozostaję w sprzeczności z jakiemiś komplementami karczemnemi, z którėmi zapewne prócz niego żaden lekarz sądowy się nie liczy, i przytaczając słowa moje przed 13 laty wypowiedziane, jakoby sprzeczne z tém, co teraz napisałem. Dla człowieka loicznie myślącego jak p. K., nie ma różnicy między wyrazami „okrągły“ a „okrągławy“, a jeżeli się wyraz ostatni zastępuje odpowiedniejszym „rozlany“, to p. K. zdumiewa się, bo jedno i drugie było drukowaném.

Po raz pierwszy dowiaduję się o kardynalnych pewnikach medycyny sądowéj; zapewne je wykrył p. K.; wielka szkoda, że znów tak tajemniczo o nich się wyraża. Pocieszam się jednak, że to zapewne „doniesienie tymczasowe“ i że rzecz o pewnikach kardynalnych wyłoży nam p. K. niezadługo *in extenso*. Jeżeli się natomiast upiera przy arcymylném tłumaczeniu przyczyny częstości podbiegnięć w powiekach, — to litować się tylko mogę nad takiém uporczywém trwaniem w błędzie a nie moją także jest winą, jeżeli p. K. nie rozumie, jaka zachodzi różnica między powstawaniem wynaczynionek w siatkówce a podbiegnięcia powiek.

Podawszy ustępy z dzieła p. K. dosłownie i starannie nie przypuszczałem, że się narażę na zarzut tendencyjnego, dowolnego okrawywania jego własności. Nieprawdą jest jakobym przytaczając odnośny ustęp opuścił wyrazy „chociaż rozlane“, jak o tém Czytelnik na str. 148 przekonać się może. Do krytykowania rozprawy, trącącéj w każdym wierszu mylnemi poglądami, zaprawdę tendencyjności nie było potrzeba.

Ciekawym jest ustęp obrony co do mimostrzału. Już po przeczytaniu mojego zarzutu Dr. K. odkrył cytat z Pirogowa (którego znów pisze: Pirogoff), a uciekając się spłoszony pod skrzydła opiekuńcze wielkiego chirurga nie podaje, że Pirogow przypuszczał mimostrzał przed 30 laty. Jak wielkiém musiałoby być zdumienie p. K., gdyby Pirogow przed śmiercią swoją zagadnięty o mimostrzał, byłby się wyparł błędu młodości! Wedle zwyczaju swego p. K. znów wypisuje z Hofmanna (p. *Lehrb.* str. 290) zdanie o doświadczeniach Grossmanna i Pelikana, a zapewne huk armat sprawił zamęt w jego głowie, gdy teraz znów nie umie sobie zdać sprawy, czy w takich razach przyczyną podbiegnięć krwi jest elektryczność lub rozrzedzone (!) powietrze.

Najciekawszym jest ustęp obrony, odnoszący się do jedynych w swoim rodzaju wiwisekcyj, zrobionych przez Dra K., a które jako bezzasadne i bezużyteczne zganić musiałem. Dr. K. zapewnia teraz, że pomysł jego był oryginalny, — z czém najzupełniéj się zgadzam, — i że doszedł do zamierzonego rezultatu, — czemu wcale nie przeczę, — bo nic łatwiejszego nad osiąganie rezultatu zamierzonego, zwłaszcza gdy się ma na zawołanie tak dzielnego asystenta, specyjalistę w ubijaniu ręką w kark, w osobie posługacza szpitalnego. „Wsparty temi doświadczeniami“ Dr. K. ma zaszczyt oznajmić mi, że do innego rezultatu nie dojdę, choćbym przez 5 dni powtarzał jego eksperymenta. Niechaj będzie spokojnym! Nie myślę wcale przez 5 dni męczyć biednych zwierząt — celem uduszenia ich; w takich doświadczeniach p. K. pozostanie niedoścignionym i nieomylnym.

Stanowczo odpiera Dr. K. moje twierdzenie, że lekarze francuscy przed Casprem zwrócili uwagę na wynaczynionki podopłucnowe, i pyta się ciekawie: którzy? odwołując się do Hofmanna i Rhedera. Naturalnie, że literatury nie znając nie słyszał nigdy o pracach Bayarda, Caussé'go i Tardieua; zkądże on téż o tém ma wiedzieć, gdy Hofmann w Iszém wydaniu dzieła swego o nich nie wspomniał, a on z tego właśnie wydania odpisał; bezpieczniéj, szanowny autorze, zaglądać do wydań drugich, aniżeli do pierwszych, jeżeli się nie chce, lub nie może, sięgnąć do oryginału, do pierwszego ogłoszenia Casperowskiego i porównać go z pracami dawniejszemi.

Spokojny jestem co do sądu kolegów: wszakże Dr. K. powinien był znać ten sąd, gdyby nie był zaślepionym. Ale pozwoli, że mu zwrócę uwagę na jedną jeszcze okoliczność. Wertowanie książek celem napisania rozprawy lub bronienia jéj jest rzeczą bardzo niewłaściwą; kto wojuje książkami, zginie od książki; kto wypisuje z książek, zginąć może z błędu drukarskiego. Własna wiedza i doświadczenie powinny być źródłem, z którego czerpie autor *in spe*, — a dzieła cudze — jednak oryginalne — służą tylko ku poznaniu historyi zagadnienia, które się chce rozwiązać. Rozprawa, napisana na podstawie 5, 10 lub więcéj książek, pozostanie jeżeli nie plagijatem, to w najlepszym razie kompilacyją, która nigdy „skarbów narodowych“ nie wzbogaci. Jeżeli zaś Dr. K. przyznaje, że do budowy nauki lekarskiéj dorzucił pyłek, to w końcu najzupełniéj się z nim zgadzam; ależ pył nigdy nie jest ozdobą budowli, lecz jéj oszpeceniem; skrzętny gospodarz oczyszcza budowlę z pyłu; jako krytyk poszedłem za jego przykładem: ztarłem pył „z budowy nauki lekarskiéj“ *et salvavi animam meam!*

Prof. Blumenstok.

Dr. Koch: **Etyjologija gruźlicy.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 16).

Aby dowieść, że gruźlica zależy od rozrostu i mnożenia się prątków, czyli że jest chorobą pasorzytniczą, należało prątki oddzielić od ciała, przez hodowanie uwolnić je od wszelkich tkaninowych wytworów chorobowych i przez szcze-

pienie ich wywołać u zwierząt ten sam obraz chorobowy gruźlicy, który po zaszczepieniu naturalnych tworów gruzełkowych zwykł powstawać.

Do hodowania używał Koch znanéj metody własnéj, polegającéj na przechowywaniu prątków w stężałéj surowicy krwi w ciepłocie 37 do 38° C. W pierwszym tygodniu nie można gołém okiem dostrzedz w wylęgalni jakiéjkolwiek zmiany; dopiero po 10 dniach zazwyczaj widać maleńkie punkciki i łuszczki powstające do koła kawałka materyi gruźliczéj. Po paru już tygodniach kolonije prątków przestają się daléj rozrastać, czemu aby zapobiedz, należy co 10 lub 14 dni przenosić odrobiny wylęgłych kolonij do świeżéj znów surowicy. W ten sposób otrzymane czyste prątki gruźlicze zaszczepiał następnie Koch zwierzętom. U świnek morskich ranka zaklejała się prawie zawsze już drugiego dnia a dopiero po 8 dniach w miejscu zaszczepienia powstawał guzek, jużto stale się powiększający, lub téż, co częściéj, zamieniający się w płaski, suchy wrzód. Równocześnie obrzmiewały równostronne gruczoły pachwinowe, a niekiedy i pachowe; zwierzęta chudły i zdychały w ciągu 4—6 tygodni. Sekcyja wykazywała w narządach wszystkich tych zwierząt, mianowicie w śledzionie i wątrobie, charakterystyczne zmiany gruźlicze. Szczepienie prątków gruźliczych, wyhodowanych z gruzełków prosówkowych płuc ludzkich lub małpich, lub téż z płuc zajętych perlicą itd., dawało te same rezultaty. Wprowadzenie wyhodowanych prątków gruźliczych do przedniéj komórki oka królika sprawiało ostre zapalenie tęczówki, ściemnienie rogówki i rozwój gruzełków w plucach. Podobne doświadczenia wykonał Koch z rozlicznemi modyfikacyjami także na białych szczurach, kotach, psach i t. d.

U wszystkich tych zwierząt udawało się drogą prostego szczepienia do tkanki podskórnéj, wstrzykiwania do jamy brzusznéj lub przedniéj komórki ocznéj, jako téż bezpośrednio do krwi, wywołać guzki gruźlicze, których mnogość odpowiadała ilości wprowadzonych zarodków zakaźnych. U innych zwierząt wstrzyknięcie do przedniéj komórki ocznéj wywołało swoiste gruźlicze zapalenie tęczówki. Że rezultaty te nie są tylko przypadkowemi, dowodzi okoliczność, iż w tak krótkim czasie ani samodzielna gruźlica, ani przypadkowe zakażenie nie mogłyby wywołać tak znacznéj erupcyi gruzełków, tudzież, iż zwierzęta nieszczepione, a w tych samych utrzymywane warunkach jak szczepione, nie podlegały schorzeniu, a nareszcie, iż u świnek morskich i królików szczepionych innemi tworami nigdy nie powstawał tak typowy obraz gruźlicy prosówkowéj, jak po zaszczepieniu prątków gruźliczych.

Wszystkie te fakta dowodzą, że prątki znajdowane w tkaninach gruźliczych nie tylko towarzyszą sprawom gruźliczym, lecz że są zarazem ich przyczyną, tj. że prątki te stanowią właściwy jad gruźliczy. Odtąd nie trudno zakreślić granice gruźlicy. Nie szczególna budowa gruzełków, nie brak unaczynienia, komórki olbrzymie, charakteryzują gruźlicę, lecz jedynie i wyłącznie istnienie prątków gruźliczych. Tym sposobem należy gruźlicę prosówkową, serowate zapalenie płuc i oskrzeli, gruźlicę kiszek i gruczołów, perlicę bydła, samodzielnie czy też przez szczepienie powstałą gruźlicę zwierząt, uważać za sprawy identyczne. Co do zołzów i grzybowatych zmian w stawach nie doszedł jeszcze Koch do stanowczych rezultatów, aczkolwiek jest prawdopodobném, że i one należą do szczeréj gruźlicy.

Zkąd pochodzą prątki gruźlicze? Z uwagi, że takowe rozwijać się mogą jedynie w ciepłocie od 30—40°C., przypuścić trzeba, że w umiarkowanym klimacie prątki gruźlicze nie mogą znajdować warunków istnienia i rozwoju po za ustrojem zwierzęcym. Ponieważ w przeważającéj liczbie przypadków zmiany gruźlicze rozpoczynają się w płucach, lub gruczołach oskrzelowych, nabiera wielkiego prawdopodobieństwa przypuszczenie, iż prątki gruźlicze zazwyczaj dostają się z płynem do dróg oddechowych. Zkąd się dostają do powietrza, łatwo się domyśleć, skoro się zważy, w jak wielkich ilościach znajdują się w treści jam płucnych i wykrztusinie suchotników. Być może, że plwocina suchotników zaschła na podłodze, ubraniu itd. wywołuje także gruźlicę, jeżeli rozpylona dostanie się do płuc; Koch bowiem wykazał, że sucha plwocina suchotnicza, nawet po 8 tygodniach zaszczepiona świnkom morskim, wywołała gruźlicę. Że małe ranki skórne, powstałe podczas badania anatomicznego zwłok osób gruźliczych, nie prowadzą do zakażenia, tłumaczy Koch tém, iż prątki gruźlicze, rozwijające się powoli, muszą być szczepione głęboko do tkanki podskórnéj, w przeciwnym razie zostają wydzielone, zanim na dobre się zagnieżdżą.

O ile z badań Kocha skorzysta patologija i chirurgija w dyjagnostyce i terapii, przyszłość okaże; doniosłość ich dla higijeny jest jasną; odnosi się to i do pytania, czy mięso i mleko bydła perliczego jest szkodliwém, na które odtąd medycyna stanowczo twierdząco odpowiadać musi. *(Berl. klin. Woch.* 1882, Nr. 15). *Dr. Smoleński* (Jaworze).

Najnowsze poglądy na chorobę Brighta.

Podał Dr. Pisek ze Lwowa.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

Z autorów, których zapatrywania potrafiły sobie pozyskać większość, należy wymienić jeszcze Bartelsa, dawniejszego asystenta Frerichsa, późniéj profesora w Kielu, gdzie nader obfitym rozporządzał materyjałem w dziale patologii, w którym pracował z niezwykłém zamiłowaniem. W swéj monografii (w podręczniku Ziemssena) podaje następujący poczet chorób mieszczących się w pojęciu pierwotném choroby Brighta:

1) Przekrwienie nerek czynne i bierne.

2) Niedokrewność, wraz z następstwami (zmiany w cholerze).

3) Zapalenie miąższowe ostre lub przewłoczne.

4) Zapalenie śródmiąższowe czyli induracyja łącznotkankowa (*genuine Schrumpfung, Cirrhosis, Sclerosis, Granular Atrophie),* zanik ziarnisty nerek.

5) Zwyrodnienie skrobiowate nerek.

Ścisłe obserwacyje kliniczne dały Bartelsowi możebność skonstruowania wybitnych, w istocie nader charakterystycznych, obrazów klinicznych odpowiadających powyższym anatomicznym formom, nie przeszkadzają temu wcale liczne formy przejściowe, o których Bartels również wspomina. Obrazy przez Bartelsa skreślone dają etyjologiję, symptomatologiję i zmiany anatomiczne dla poszczególnych form zapalenia nerek tak różne, że prawie nie podobna nie zgodzić się z nim. A przecież w ostatnich czasach zaczyna brać górę pogląd odmienny, niechcący upatrywać tak kardynalnych różnic w poszczególnych formach choroby Brighta, lecz o tém niżéj.

Nowsi francuzcy autorowie i niektórzy niemieccy (Buhl, Thomas i inni) mniéj więcéj zgodne z Bartelsem co do choroby Brighta głoszą zdania, różniąc się tylko w drobniejszych szczegółach. Na szczególniejszą uwagę jednak zasłu-

gują prace Kelscha (*Revue critique et recherches anatomo-pathologiques sur la maladie de Bright. Arch. de physiol. norm. et pathol. 2me Serie I.* 1874) a to ztąd, że on poniekąd wręcz przeciwne wypowiada twierdzenia od tych, jakie ogół autorów przypuszcza. I tak uważa podziały zmian zapalnych nerki na poszczególne postacie za sztuczne, gdzie imaginacyja uzupełnia obserwacyję, w okresach początkowych cierpienia arcytrudną. W typowych formach zapalenia miąższowego (Virchow) zazwyczaj nie ma nacieku drobnokomórkowego w interstycyjach. Wyrazu *nephritis* należy użyć na oznaczenie marskości nerki, zaniku skutkiem rozrostu tkanki łącznéj. Nerka „wielka biała," (dawniéj okres drugi zapalenia) winna być uważaną jako wyraz upośledzonego odżywienia miąższu nerkowego, (a nie jako odrębna forma zapalenia), które się wydarza u osób wynędzniałych, zazwyczaj w połączeniu ze skrobiawicą. Kelsch sprzeciwia się wprost poglądom Traubego a po części Klebsa.

Ostatni autor jak wiadomo podobnie, jak przypuszczał w zasadzie Traube, przypuszcza tylko formę śródmiąższowego zapalenia jako jedyną postać, w jakiéj zapalenie nerek się zjawia, zmiany przybłonków są następowe, a różnica wejrzenia zewnętrznego nerki odpowiada też takimże okresom rozwoju sprawy zapalnéj.

Nim przejdziemy do skreślenia poglądów Rosensteina, słów kilka jeszcze o pracach Weigerta (*Die Bright'sche Nierenerkrankung vom pathol. anatom. Standpunkte von Carl Weigert Nr. 162—163 Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge*) i rodaka naszego Dunina (Poszukiwania nad zapaleniem nerek. Pam. Tow. lek. warsz. 1881, osobne odbicie).

Weigert potępia rozróżnianie w zasadzie zapalenia miąższowego od śródmiąższowego (zanikowego). Zmiany w przybłonkach bardzo znacznie wpływają na odmienne wejrzenie nerki, które nie zawsze w parze idzie z głębszemi zmianami odmiennemi. Wykluczając zwyrodnienia proponuje Weigert następujący podział (str. 42).

1) Do pocztu pierwszego należą zapalenia ostre (*Nephritis acuta*), to jest te formy, gdzie w nerkach często tylko drobnokomórkowe nacieki są widoczne, obok tego znachodzą się i wynaczynionki. Klinicznie cechuje się ta postać skąpą ilością moczu, obfitą ilością białka, białemi i czerwonemi ciałkami krwi w moczu, wałeczkami, czasem obrzękami surowiczemi, brakiem przerostu serca.

2) Do grupy drugiéj zalicza formy „przyostre" (*subchronische Form*), dawniéj przez Weigerta opisywane jako *Nephritis chron. haemorrhagica.* W interstycyjach częstsze ogniska łącznotkankowe, również w torebkach kłębków Malpighiego, nadto *Endarteriitis obliterans*, jednak bez zmniejszenia rozmiarów nerki w całości. Krwotoki, przerost serca, zapalenie siatkówki, mocznica, obrzęki surowicze, mocz obfitujący w białko a nader skąpą ilość krwi. Ilość moczu zmienna.

3) Trzeci poczet stanowią formy chroniczne. Nerka okazuje miejsca zanikłe, uwidoczniające się już makroskopowo przy nietkniętéj znacznéj części miąższu. Przy tém przerost serca itd. Obrzęki zmienne, ilość białka i moczu w ogóle również nader zmienna u różnych osób.

4) Grupę czwartą stanowią formy zapalenia nerek z przebiegiem wybitnie przewłocznym. Zanik ziarnisty, nerka znacznie zmniejszona z miąższem w znacznéj części zupełnie zanikłym. Ogniska zanikowe rozległe na znacznych obszarach. Przerost serca itd., brak obrzęków, obfity mocz, ubogi w białko.

Wszystkie formy powyższe, szczególniéj pierwsze trzy, przedstawiać się mogą w odmianie „czerwonéj" (względnie pstréj) i „białéj" (wyrażającéj tylko nasilenie znaczniejsze sprawy, przyczém i puchlina i ilość białka się zwiększa). Weigert nadto wyraźnie nadmienia, że typy przez niego ustanowione, etyjologicznie nie przedstawiają tyluż różnych jednostek chorobowych, przeciwnie można przypuścić, że jedna i ta sama przyczyna różne anatomiczne zmiany zapalne w nerkach może wywołać. Jak widać i Weigert właściwie należy do tego obozu, gdzie główném hasłem brak istotnych fundamentalnych różnic pomiędzy poszczególnemi rodzajami zapaleń nerki i wcale się nie rozróżnia takich dwóch odmiennych typów miąższowego i śródmiąższowego zapalenia, jak to np. Bartels czyni. Podział taki, z taką bezwzględnością przeprowadzony, nie odpowiada istotnym stosunkom.

Dunin opierając się na klinicznych danych, na doświadczeniu i poszukiwaniach drobnowidowych, przychodzi do podobnych wniosków, a mianowicie:

1) Że wszystkie rodzaje choroby Brighta uważać należy jako jeden i ten sam proces patologiczny.

Na poparcie tego twierdzenia przytacza okoliczność, że we wszystkich formach, w jakich objawia się choroba Brighta, znajdujemy ten sam obraz drobnowidowy, wykazawszy poprzednio istotny brak wybitnych różnic w symptomatologii. Zmiany owe anatomiczne wspólne są następujące (str 87 l. c.):

1) Obrzmienie, mnożenie się i rozpad „nabłonka."
2) Infiltracyja i rozrost tkanki łącznéj.
3) Włókniste zwyrodnienie kłębków.
4) Zgrubienie ścian naczyń.

Różnic istotnych pomiędzy poszczególnemi formami zapaleń nerki nie ma.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Prof. Fürbringer (Jena): **Proctitis skutkiem 235 pestek śliwkowych.**

Ciekawy ten przypadek i może jedyny w kazuistyce ciał obcych w kiszce odchodowéj, dotyczył kobiety 49letniéj, trudniącéj się wyrobkiem. Z powodu dość nierozwiniętéj inteligencyi anamneza nie mogła dać żadnych bliższych wskazówek. Tyle tylko można się było od pacyjentki dowiedzieć, że do silnych bólów w okolicy kiszki stolcowéj, już od kilku tygodni trwających, przyłączyły się wypróżnienia skąpe, wodniste, odchodzące bez woli pacyjentki. Badanie wykazało: wybitne wychudnienie, mierne podniesienie ciepłoty, tętno małe, częste; narząd oddechowy, serce, wątroba, śledziona bez zboczeń, dających się wykazać; brzuch nieco napięty, za uciskiem bolesny; mocz w ilości skąpéj 1026 Cg. mocno kwaśny, ciemno-brunatno-czerwony, bez białka; rozległa odleżyna nad prawym *Tuber ischiadicus.* Palec wsunięty bez trudności (skutkiem porażenia zdziergacza) do otworu kiszki stolcowéj natrafił na ciało twarde, trzeszczące. Palcem dało się po $^1/_2$ godzinnéj pracy wyjąć 98 pestek ze śliwek. W okolicy *Promontorium* można teraz wyczuć końce nowych nasuwających się pestek. Pestki wydobyte obłożone były masą krwawą, w któréj widocznemi były skórki i ogonki ze śliwek, śluzowata masa itp. Cała ta masa wydawała nader niemiłą woń zgnilizny. Po wypłukaniu prostnicy płynem antyseptycznym, okazała się błona śluzowa ciemno-niebiesko-czerwona, obrzmiała, fałdy po większéj części wygładzone, krwawiącemi wyżerkami i wrzodami z wejrzeniem słoninowatém pokryta. Objawów *Periproctitis* nie ma żadnych. W ciągu 24 godzin odchodzi bezwłasnowolnie po-

między porażonemi zdziergaczami ciecz nader cuchnąca z krwią i śluzem zmięszana. Następnego dnia znów było można palcem wyczuć masę zbitą, twardą, trzeszczącą, i znów wydobyto, tym razem ze znacznemi masami kału zmięszanych, 137 pestek ze śliwek. Zimne enemy i duże dawki oleju rącznikowego usunęły jeszcze znaczne ilości kału. Teraz bóle i napięcie brzucha zupełnie ustąpiły. Po 6 tygodniach pacyjentka opuściła klinikę w zupełności wyleczona. Przyznała ona teraz, że wygłodzona przez kilka dni dopadła raz kupy śliwek w jakimś sadzie i prawie bezwiednie spiesząc się, aby jéj kto nie zobaczył, połykała je z pestkami i ogonkami.

W przypadku tym godném jest zastanowienia, że 235 śliwek z pestkami przeszło cały przewód pokarmowy, nie wywoławszy żadnych groźnych urazów, i że dopiero po 6—8 tygodniach wywołały zap. prostnicy, które po usunięciu przyczyny prędko dało się wyleczyć. *(Deutsch. med. Wochenschr.* 1882, Nr. 10). *Dr. Kopff.*

Dr. Fronmüller (Fürth): **Zatrucie pilokarpinem; atropin i homatropin jako odtrutka.**

18-letni czeladnik ślusarski otrzymał w oddziale Dra Fronmüllera wstrzyknięcie podskórne pilokarpinu: 0.02 *Pilocarp. muriat.* w 1,0 *Aq. dest.*, a to z powodu znacznego wysięku opłucnowego. Zaraz po zastrzyknięciu wystąpiły silne poty, oczy stanęły w słup, źrenica się zwęziła *ad minimum,* na twarzy i odnogach ukazała się sinica, oddychanie przyspieszone nader powierzchowne, tętno słabe, 130 uderzeń na minutę, ślinotok miernego stopnia. Obecny w czasie tego asystent autora podał zaraz choremu z rozczynu atropinu, przeznaczonego do oczu, zawierającego 0·015 *Atrop. sulf.* w 15.00 *Aq. dest.*, 20 kropli na cukrze. Wkrótce ruchy oddechowe były głębsze, wolniejsze, tętno 120, sinica ustąpiła, źrenice znacznie się rozszerzyły. Wieczorem tego dnia chory przyszedł już zupełnie do siebie. Przypadek skłonił autora do badań nad tém, jak się będzie zachowywać w zatruciach pilokarpinem homotropin. Do doświadczeń używał autor *homatropinum hydrobromicum.* Jako odtrutki używał zwykle dawki 0.015 *Homatrop. hydrobrom.* Doświadczenia robił na rekonwalescentach swojego oddziału. Na podstawie kilku doświadczeń twierdzi Fronmüller, że homatropin działa również dobrze jak atropin przeciw zatruciu i otruciu pilokarpinem, a ma tę nad atropinem wyższość, że nigdy nie wywołał objawów zatrucia nadmiarem odtrutki, jak się to zdarza niejednokrotnie przy użyciu atropinu. (*Allgem. m. C. Ztg.* 1882 Nr. 23. *Dr. Kopff.*

Zahn: **O fałdach oddechowych przepony i bruzdach przeponowych wątroby.**

Wymienione objawy postrzegał autor często na żołądkach osób, cierpiących za życia na wygórowaną duszność, chorych dotkniętych rozedmą płuc lub u których obustronny wól sprawiał znaczny ucisk tchawicy. Są to proste, od tyłu ku przodowi przebiegające wyniosłości na dolnéj powierzchni przepony, i odpowiadające im zagłębienia na powierzchni wątroby, zwłaszcza prawego płatu. Cruveilhier odnosił powstawanie fałdów tych i bruzd do ucisku wywieranego przez zbyt obcisłe staniki, Liebermeister zaś odróżnia:

1) Bruzdy poprzeczne wypukłéj powierzchni wątroby powstałe skutkiem ucisku łuku żebrowego wśród obrzmienia wątroby i utrudnionego oddychania (bruzdy żebrowe).

2) Liczne, na powierzchni prawego płatu wątroby znajdujące się bruzdy, których powstania dla nieznacznéj szerokości a wielkiéj głębokości nie można odnieść do ucisku żeber; mimo to Liebermeister sądzi, że powstają one przez ucisk dolnego brzegu żeber, mianowicie przy wydechu w przebiegu silnie utrudnionego oddychania, nazywa je bruzdami oddechowemi.

Zahn tłumaczy powstawanie bruzd prostych, przebiegających z tyłu ku przodowi, w sposób następny: podczas utrudnionego oddychania, wywołanego czy to przewlekłym nieżytem oskrzeli, lub téż ścieśnieniem górnych dróg oddechowych, przedewszystkiém wdech bywa upośledzonym. Skutkiem tego praca przepony jest wzmożoną i musi powstać czynnościowy przerost jéj przyczepów żebrowych. Powoli przepona się obniża a na powierzchni wątroby, naciśniętéj silnie pracującemi powłokami brzusznemi, powstają, odpowiednio do przerosłych części przepony, zagłębienia z zanikiem miąższu wątrobowego (bruzdy przeponowe). Bruzdy te mogą się powiększać skutkiem pewnego fałdowania powierzchni wątroby; wały wystające między takiemi bruzdami wywołują zanik mięśnia w przeciwległych częściach przepony. W ten sposób nareszcie okazuje przepona przerosłe fałdy a pomiędzy niemi zagłębienia, w których mogą istnieć jedynie obie błony surowicze i trochę tkanki łącznéj. W przerosłych fałdach często pojawia się zwyrodnienie tłuszczowe, podobnie jak w mięśniu sercowym. Według Zahna zmiany te można rozpoznać już za życia, jeżeli w chorobach narządu oddechowego, prowadzących do duszności, pneumatometr wykazuje względne a niekiedy i bezwzględne wzmożenie siły wdechowéj. (*Centralbl. f. k. Med.* Nr. 46). *Dr. Smoleński* (Jaworze).

Wiadomości pomniejsze.

(K. G.) **Łatwy sposób poznania czy w puszkach przeznaczonych na przechowywanie pokarmów znajduje się ołów.** Wiele mówiono i pisano o drogach, któremi ołów do ustroju się dostaje i zatrucie sprawia; najpospolitszą jednak drogę stanowią pokarmy i inne istoty do przyrządzania pokarmów służące, przechowywane w puszkach blaszanych, do lutowania których zawsze jeszcze ołów w różnych stosunkach bywa używany. Z czasem, mimo wszelkich ostrożności, pokarmy zawarte w puszkach napawają się ołowiem, którego obecność łatwo wykryć następnym sposobem przedstawionym niedawno Akademii Nauk w Paryżu. Na powierzchnię wewnętrzną blaszanéj puszki puszcza się dwie kropelki rozcieńczonego (1:10) kwasu octowego i czeka aż wyschną. Na miejsca tych kropli puszcza się wodny rozczyn (1:100) chromianu potasowego i znów czeka się aż wyschnie, poczém zmywa się obfitą ilością wody. Chromian ołowiowy w ten sposób otrzymany, objawia się ciemno żółtą barwą, utrzymującą się kilka dni, a gdy tę barwę na powierzchni puszek widzimy, nie należy używać pokarmów w takich puszkach przechowywanych. *(The Lancet*, 1882, I, Nr. 12, str. 504).

(K.) **Nowy narkotyk.** W południowéj Australii znajduje się roślina z rodziny psiankowatych *(Solanaceae)*, dochodząca 3 do 4 cali wysokości, o kwiatach woskowo żółtych, z różowo-czerwonemi plamami. Kwiaty te zbierają w sierpniu, suszą i następnie ugniecione w kawałki, podobnie jak tytuń do żucia przychodzą w handlu pod mianem Pitshoury-Bidgery. W Australii używają tegoż preparatu roślinnego do żucia. Małe dawki podniecają bardzo ustrój. Miernie użyty Pitshoury-Bidgery uspakaja uczucie głodu i pragnienie, przez co organizm jest w stanie

z łatwością znieść fizyczne trudy przy stosunkowo skąpém pożywieniu. Większe ilości téj krajowéj używki sprawiają znużenie senność i zobojętnienie na wszelki ból. (*Allg. med. C. Ztg.* 1882, Nr. 26).

(L. K.) **Czy tytoń jest szkodliwym i w jakim stopniu?** Nad têm pytaniem zastanawiała się Akademija lekarska w Paryżu z polecenia Rządu. Referentem był prof. Lagneau. Referent zwraca naprzód uwagę, że używane najwięcéj gatunki tytoniu zawierają od 2,29 do 7,96% nikotynu. Nawet najściśléj dokonana fermentacyja przy fabrykacyi tytoniu nie jest w stanie usunąć tego trującego alkaloidu. Dym z tytoniu, oprócz nikotynu, zawiera i drugą truciznę, niedokwas węgla. Trujące pierwiastki dymu tytuniowego dostają się do ustroju dwojaką drogą, ze śliną do żołądka i z powietrzem do płuc. Na żołądek oddziaływają składniki dymu tytuniowego drażniąco i podniecająco, dla tego téż nałogowi palacze po każdém obfitszém jedzeniu muszą palić. Podrażnienie to jednak przybiera częstokroć większe rozmiary, sprowadza dyspepsyję, atoniję i nieżyt żołądka. W płucach dym tytuniowy sprawia zadrażnienie nerwów, a ztąd następowo objawy dychawicy, która częstokroć przechodzi zwolna w objawy znane pod mianem *Angina pectoris*. Działanie szkodliwych składników nie ogranicza się do tych dwóch narządów, lecz wpływa szkodliwie na cały narząd nerwowy, szczególniéj zaś na zmysły. Widziano często u nałogowych palaczy drżenie mięśniowe, niekiedy nawet drgawki, występujące w napadach podobnie jak padaczka, niekiedy znów napotykano częściowe porażenie, osłabienie niektórych władz umysłowych itp. Wszystkie te objawy po usunięciu przyczyny ustępowały. Znaną jest wszystkim okulistom *amaurosis*, występująca skutkiem nadmiernego palenia. Do szkodliwych wpływów tytoniu zalicza referent także częstość raka wargi dolnéj u mężczyzn palących. Powstaje on, zdaniem referenta, przez drażnienie błony śluzowéj twardą nasadą cybucha lub cygarniczki, a zarazem gryzącego soku tytuniowego. Za to zbija referent zdanie niektórych badaczy, że palenie wpływa na upośledzenie funkcyj płciowych, które się jeszcze w następnych odbija generacyjach.

Na podstawie referatu, którego krótką treść podajemy, Akademija przyjęła dwa wnioski, które Rządowi przedłożono:

1) w interesie zdrowia publicznego należy rozpowszechnić wiadomości o złych następstwach nadużycia tytoniu;

2) złe następstwa nadużycia tytoniu uznała już umiejętność za pewne, doświadczeniami licznemi stwierdzone.

Referat dodaje w końcu, że wszystkie złe następstwa palenia tytoniu dotykają głównie nadużywających téj używki, że mierne palenie, u przyzwyczajonych do niego źle na zdrowie nie wpływa. (*Centralblatt f. allg. Gesundheitspflege*, 1882, H. 2).

IV. W sprawie Izb lekarskich.

Jak sobie Czytelnicy przypomną, Izba poselska austryjackiéj Rady państwa wybrała, w skutek starań Wydziału związku Tow. lek. austr., osobną Komisyję do sprawy Izb lekarskich, których się Związek domagał. Komisyja po długich naradach zgodziła się wreszcie na myśl Izb lek., i wybrała ze swego łona podkomisyję do ułożenia projektu odpowiedniéj ustawy. Podkomisyja wyznaczyła referentem posła Dra Widersperga. Ten wywiązał się dobrze ze zadania, i wypracował żądany projekt, który po licznych odmianach i poprawkach został ostatecznie przyjętym przez Komisyję w 3ciém czytaniu na posiedzeniu z d. 28 marca rb. Uchwalony szczęśliwie projekt ustawy miał wejść na porządek dzienny Izby poselskiéj już dnia 18 kwietnia rb. Czy to atoli będzie możebném w obec nawału innych przedmiotów pilnych, godzi się wątpić. Oto projekt ustawy:

§. 1. Celem nadania stanowi lekarskiemu legalnego zastępstwa tworzą się w krajach koronnych, reprezentowanych w Radzie państwa, Izby lekarskie. Liczba ich, obwód i siedziba zostanie oznaczoną w drodze rozporządzenia.

§. 2. Każdy lekarz, chcący wykonywać swój zawód w krajach reprezentowanych w Radzie państwa, winien być członkiem Izby lekarskiéj, w któréj obwodzie stale mieszka. Chcąc być do Izby przyjętym, należy się zgłosić do niéj, i okazać dyplom, uprawniający do praktyki. Żądaniu przyjęcia tak uzasadnionemu Izba odmówić nie może.

O zmianie mieszkania winien członek zawiad omić Izbę w ciągu 14 dni. Członkowie, którzy po za obrębem swéj Izby przebywają więcéj niż 4 tygodnie i chcą w miejscu pobytu wykonywać praktykę zawodową (np. w zdrojowiskach) obowiązani są donieść o têm równie swojéj właściwéj Izbie, jak i téj, w któréj obwodzie leży miejsce czasowego ich pobytu. Jeżeli zaś pobyt trwa po nad rok, mają wykreślić się ze swéj dawniejszéj Izby, a wpisać do nowéj.

Postanowieniom powyższym nie podlegają lekarze wojskowi w czynnéj służbie tudzież lekarze, powoływani z zagranicy na narady lekarskie.

§. 3. Zadaniem Izb lekarskich jest z jednéj strony strzedz praw, powagi i czci stanu lekarskiego, z drugiéj opiekować się zdrowiem publiczném.

W szczególności należy do zakresu działania Izb:

a) Czynienie z własnéj inicyjatywy wniosków w rzeczach zawodu lek. lub Izb samych albo téż zdrowia publicznego.

b) Wydawanie orzeczeń o projektach ustaw w sprawach zawodu lekarskiego lub Izb lekarskich, zanim takowe przedłożone zostaną pod obrady ciał prawodawczych. Toż samo o wszelkich sprawach zdrowotnych na żądanie Rządu.

c) Wydawanie orzeczeń na żądanie Sądu lub innéj władzy, przed którą toczy się spór, wynikły z zawodu lekarskiego.

d) Wydzielanie z łona swego sądu rozjemczego, który ma rozstrzygać na żądanie stron spory wynikłe z praktyki lek. już to między członkami Izby a osobami prywatnemi, już téż między samymi członkami Izby.

e) Wyznaczanie do Rady zdrowia krajowéj członków, których liczbę oznaczy Rząd krajowy w drodze administracyjnéj.

f) Wykonywanie władzy dyscyplinarnéj w myśl osobnéj ustawy dyscyplinarnéj, która ma być Izbom nadaną w drodze ustawodawczéj.

g) Tworzenie i rozwijanie instytucyj humanitarnych, szczególniéj przeznaczonych dla członków, tudzież wdów i sierót.

§. 4. Orzekanie o uzdolnieniu lekarzy naukowém, tudzież o popełnionych przez nich błędach w sztuce, nie jest rzeczą Izby lekarskiéj.

§. 5. Izby lekarskie zawiadują sprawami swego zakresu, częścią bezpośrednio na zdromadzeniach walnych, częścią pośrednio za pomocą swego Wydziału.

§. 6. Członkowie Izby wybierają prezesa, jego zastępcę i wydział, złożony najmniéj z 7, najwięcéj zaś z 15 członków, nadto zastępców 3, najwięcéj 5. Wybór odbywa się kartkami, doręczanemi lub nadsyłanemi osobnéj Komisyi wyborczéj. Wybranymi są ci członkowie, którzy otrzymali absolutną większość głosów. Jeźli zaś takiéj większości nie pozyskał nikt lub przynajmniéj nie wszyscy potrzebni funkcyjonaryjusze, należy po upływie 14 dni przedsięwziąść ponowny wybór niedostających. Wtedy zaś wybranymi będą ci, którzy otrzymali największą ilość głosów. Wybór rozpisuje Rząd krajowy w skutek doniesienia wydziału Izby, że okres jego czynności upłynął. Dzień wyboru tudzież termin reklamacyjny ogłasza urzędowa gazeta krajowa. Spis członków Izby, uprawnionych do głosowania, ma leżeć w lokalu Izby przez 8 dni do wolnego przeglądu z ich strony. Reklamacyje można wnosić najpóźniéj 3 dni przed wyborem. Karty legitymacyjne tudzież kartki do głosowania należy uprawnionym wręczyć najpóźniéj 14 dni przed wyborem. Wyborem kieruje osobna Komisyja wyborcza z 5 członków, z których 3 mianuje wydział Izby a 2 Komisarz rządowy, ci zaś wybierają z pośród siebie przewodniczącego. Tam, gdzie nie ma jeszcze wydziału Izby, zastępują go w wyborze członkowie Izby, obecni w miejscu wyboru.

§ 7. Dokonane w myśl §. 6 wybory są ważne przez 3 lata. Atoli wybrani mają jeszcze po upływie tego czasu obowiązek sprawowania czynności aż do chwili zdania ich swym następcom. Funkcyjo-

naryjusze ustępujący są wybierani na nowo, nie są jednak obowiązani do przyjęcia wyboru na następny okres wyborczy. Czy zaś nieprzyjęcie wyboru jest także z innego powodu dopuszczalném, orzeka wydział Izby w każdym z osobna przypadku. On też skazuje wybranego na karę pieniężną, jeżli trwa w oporze przeciw swemu wyborowi.

Wynik wyborów należy podać do wiadomości Rządu krajowego w ciągu 14 dni.

§. 8. Izbę reprezentuje na zewnątrz prezes lub w razie przeszkody jego zastępca. On także zwoływa posiedzenia pełnéj Izby równie jak wydziału, i przewodniczy obydwom. Z wyjątkiem obowiązku dyrymowania w razie równości głosów przewodniczący nie bierze zresztą udziału w głosowaniu.

§. 9. Następne czynności mogą być załatwiane tylko na posiedzeniu pełnéj Izby.

a) uchwalenie regulaminu, który należy przedłożyć Rządowi krajowemu do zatwierdzenia.

b) oznaczanie wysokości wkładki rocznéj, którą wnosić mają członkowie Izby, równie jak uwalnianie od niéj wyjątkowo, niemniéj oznaczanie kary pieniężnéj za nieprzyjęcie wyboru.

c) uchwalanie preliminarza przychodów i wydatków, niemniéj zatwierdzanie zamknięć rachunkowych i wszelkich czynności skarbowych.

d) wydawanie opinii o ustawie dyscyplinarnéj przed jéj wprowadzeniem w życie lub przed odmianą wprowadzonéj, niemniéj o wszelkich projektowanych zmianach obwodu Izby.

§. 10. Wydział wykonywa uchwały Izby w myśl regulaminu, niemniéj prawa jéj i obowiązki, objęte §em 3cim. Nadto rzeczą wydziału jest:

a) Sprawowanie czynności skarbowych i składanie rachunków.

b) Nadzór nad instytucyjami Izby humanitarnemi.

c) Utrzymywanie spisu członków Izby tudzież ewidencyja ich pobytu.

§. 11. Członkowie Izby mają prawo:

a) Uczestniczyć czynnie i biernie w wyborach do Izby.

b) W myśl §. 3 czynić wnioski w zakresie działania Izby.

c) W miarę postanowień odnośnych statutów brać udział we wszelkich instytucyjach humanitarnych, stworzonych i utrzymywanych przez Izbę.

§. 12. Obowiązkiem członków Izby jest:

a) Wnosić uchwaloną przez Izbę wkładkę roczną.

b) Popierać wedle możności zadania Izby.

c) Dawać wyjaśnienia, żądane przez Izbę.

§. 13. Rządy krajowe zajmą się w duchu powyższych postanowień, tak konstytuowaniem Izb, jak przygotowaniem pierwszych do nich wyborów.

Dr. Różański,
delegat gal. do wydziału związkowego
Tow. lek. austr.

Jubileusz Profesora Arlta.

W dniu 18 b. m. obchodził Prof. Arlt w Wiedniu 70tą rocznicę urodzin. Wielkie zasługi Jubilata okolo umiejętności, nieocenione Jego przymioty nauczycielskie, niezrównana zręczność w wykonywaniu operacyj ocznych, do których udoskonalenia w wysokim stopniu się przyczynił, niezwykła wreszcie zacność i czystość charakteru a słodycz i dobroć serca znana jego kolegom, uczniom i licznym chorym, doznającym jego prawdziwie ojcowskiéj pieczy, czynią tego męża prawdziwym wzorem uczonego, lekarza i człowieka w najszlachetniejszém tego wyrazu znaczeniu. Nie dziw też, że hołdy czci i uznania rozlicznych a tyloletnich zasług pierwszorzędnych, dalekie od hałaśliwéj ostentacyi, tak przeciwnéj skromności i purytańskiéj niemal prostocie Jubilata, przybrały niezwykle gorący i serdeczny nastrój. Liczni a znakomici okuliści, z pomiędzy których wymienimy Snellena z Utrechtu, Guninga z Amsterdamu, Webera z Darmstadu, Meyera z Paryża, Berlina z Stuttgartu i Michla z Würzburga, jako téż 12 dawniejszych asystentów Artla przybyli z różnych, a po największéj części dalekich, stron celem złożenia sędziwemu wiekiem, ale młodzieńczemu niemal krzepkością sił fizycznych i świeżością umysłu Jubilatowi obok wyrazów hołdu serdecznych powinszowań i najgorętszych życzeń, aby długie jeszcze lata cieszyć się mógł zdrowiem i zdolnością do pracy ku dobru nauki i cierpiącej ludzkości. Szereg uroczystości rozpoczęło gościnne przyjęcie, które Arlt zgotował u siebie w dniu 15 b. m. licznym swoim gościom. W dniu 17 w południe złożyli Jubilatowi w mieszkaniu przybyli goście i Jego dawniejsi i obecni asystenci pięknie ułożony wieniec laurowy. Po przemówieniu prof. Meyera z Paryża czcigodny Jubilat do głębi wzruszony długo zapanować nie mógł nad wezbranemi uczuciami, po chwili dopiero podziękował głosem od rozrzewnienia drgającym i częstém łkaniem przerywanym w krótkich ale serdecznych i treściwych wyrazach i ucałował wszystkich obecnych. Wieczorem grono dawnych i teraźniejszych asystentów podejmowało Szanownego Jubilata i całą jego rodzinę ucztą w Grand-Hotel i wręczyło mu artystycznie wykonany upominek z stosownym napisem. Prof. Arlt uradował wszystkich uczestników najmilszą pamiątką wręczając każdemu wielkich rozmiarów fotografiję, umyślnie na ten cel przygotowaną. Nie podobna przytaczać treści toastów, w których podnoszono zasługi i przymioty Jubilata, a na które tenże odpowiadał w sposób cechujący szlachetność jego duszy, pełnéj najzacniejszych uczuć. Mówiąc o zasługach nauczycielskich Arlta wspomniano między innemi o rzadkim niezawodnie fakcie, że 6 z pomiędzy 14 żyjących asystentów, których w Wiedniu wykształcił, zajmuje katedry uniwersyteckie i wykłada okulistykę w 5 różnych językach (Becker w Heidelbergu i Sattler w Erlandze po niemiecku, Fuchs w Liége po francuzku, Businelli po włosku, Schulek w Peszcie po węgiersku i sprawozdawca po polsku). W sam dzień urodzin z rana pospieszyli profesorowie Stellwag, Jaeger i Mauthner, aby przez usta pierwszego wypowiedzieć swoje życzenia, o godzinie 10 zaś uczniowie przyjęli swojego profesora w pięknie ozdobionéj i szczelnie natłoczonéj sali wykładowéj kliniki okulistycznéj w obecności przybyłych gości hucznemi i przeciągłemi oklaskami. Po przemówieniu prezesa Tow. wzaj. pomocy uczniów Wydz. lek. jeden z uczniów odczytał i wręczył wspaniale przyozdobiony adres, poczém Arlt odpowiedział w krótkich ale serdecznych wyrazach. Na przemówienie reprezentanta akademickiéj czytelni uczniów niemieckich, podnoszące niemiecki charakter Jubilata, odrzekł tenże: „Należąc do szczepu niemieckiego chętnie przyjmuję co dopiero wypowiedziane życzenia; jestem mocno przekonany, że zarówno ze mną pragniecie Panowie żyć z innemi narodami w najlepszéj zgodzie. Za czasów mojego pobytu w Pradze nie robiono różnicy między Niemcami a Czechami. Jeżeli Panowie pozostaniecie tym uczuciom wierni, wasze stosunki koleżeńskie z pewnością nigdy się nie zamącą *(huczne oklaski)*. Po powrocie do domu Jubilat przyjmował życzenia licznych deputacyj, a mianowicie: grona profesorów Wydziału lekarskiego wiedeńskiego z Dziekanem Prof. Voglem na czele, prezydyjum Tow. lek. wied., deputacyję Rady miejskiej wiedeńskiej pod przewodnictwem wice-prezydenta Dra Prixa i t. d. W dniu 21 b. m. składał Prof. Braun, prezes Tow. lek. wiedeńskiego, na uroczystém posiedzeniu w gustownie przybranéj sali posiedzeń życzenia imieniem Towarzystwa, którego Arlt był dawniéj prezesem.

Uczucie radości, przejmujące niezawodnie każdego z uczestników obchodu na widok szczerych oznak i dowodów najżywszego uznania składanych talentowi i długoletniéj, sumiennéj pracy około dobra nauki i cierpiącéj ludzkości, zatruwała jak sprawozdawcy tak zapewne i wielu innym myśl, że czcigodny Jubilat, ulegając mimo całej świeżości władz umysłowych i rzeźkości sił fizycznych przepisom ustawy, osieroci z końcem roku szkolnego 1883 katedrę, od r. 1856 tak zaszczytnie zajmowaną, a z ustąpieniem Jego zgaśnie jedna z najjaśniejszych gwiazd na firmamencie Uniwersytetu wiedeńskiego. *Rydel.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 2—8 kwietnia śmiertelność ogólna pozostała w Krakowie ta sama, co i w poprzednim tygodniu 36,6 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 4 (4 z. t.), z płonicy 0 (3 z. t.), z błonicy 0 (3 z. t.), z duru brzusznego 1 (0 z. t.), z duru osutkowego 6 (4 z. t.), z róży 1 (0 z. t.), z wścieklizny 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 5 przypadkach ospy, 1 odry, 1 krztuśca, 1 duru brzusznego, 24 duru osutkowego. W tygodniu od 5—11 marca w Londynie leczyło się na ospę w szpitalach 418, świeżo zapadło 52, umarło 19. W Wiedniu umarło z ospy 20, w Budapeszcie 10, w Pradze 2, w Paryżu 15, w Petersburgu 9, w Warszawie 35, w Madrycie 48, w Lizbonie 7. Odra złagodniała w Kopenhadze. Zapadło na nią 638, umarło 28. Z odry umierało więcéj w Budapeszcie, Paryżu, Manchesterze, mniéj w Wiedniu. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 25, w Amsterdamie 4, w Saragosie 3, w Warszawie 2, w Budapeszcie, Walencyi. Maladze po 1. Ospa, płonica i błonica panowały na początku lutego dosyć groźnie w większych miastach Północnéj Ameryki.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 5—11 marca umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,5; we Lwowie 32,9; w Poznaniu 29.2; w Wiedniu 35,8; w Budapeszcie 43,3; w Pradze 42,3; w Tryjeście 37,4; w Berlinie 25,0; w Wrocławiu 38,0; w Gdańsku 30,1; w Mnichowie 44,5; w Dreźnie 25,2; w Lipsku 21,7; w Bazylei 30,2; w Brukseli 29,2; w Amsterdamie 29,1; w Hadze 26,1; w Paryżu 31,8; w Londynie 24,0; w Kopenhadze 26,2; w Stokholmie 26.9; w Chrystyjanii 18,6; w Petersburgu 40,9; w Odesie 28,5; w Wenecyi 40,8; w Madrycie 61,9; w Lizbonie 39,2; w Aleksandryi 33,4; w Nowym Yorku 34,4; w Filadelfii 26,7; w Bombaju 29,5; w Madrasie 46,7. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 26 kwietnia. Egzaminy dla fizyków rozpoczną się tym razem już d. 3 maja, a w tym celu protomedyk zjedzie do Krakowa. Zgłosiło się do egzaminu 6ciu kandydatów.

* Prymaryjusz Paszkowski wraca już do zdrowia; Tow. lekarskie na posiedzeniu dzisiejszém na wniosek prof. Korczyńskiego uchwaliło wyrazić mu radość swoją z powodu szczęśliwego przebycia ciężkiéj choroby.

* Przypominamy Szan. Kolegom, zamierzającym udać się na Zjazd lekarzy czeskich w Pradze, że wykłady i odczyty zapowiedziane być muszą najdaléj do d. 20 maja.

* Towarzystwo lekarskie krak. na posiedzeniu swém dzisiejszém wybrało prof. Arlta we Wiedniu Członkiem swym honorowym, w uczczeniu jego zasług przy sposobności jubileuszu.

Następnie Towarzystwo lek. uchwaliło wysłać do Koła polskiego we Wiedniu memoryjał w sprawie Izb lekarskich, porozumiawszy się poprzednio z Tow. lekarzy galicyjskich.

Wreszcie uchwaliło zebrać fundusz celem sprawienia portretu śp. prof. Kozubowskiego i umieszczenia go w Sali wykładowéj Zakładu anatomii opisowéj.

* W Nrze 15 tygodnika naszego umieszczone było sprawozdanie z ogólnego zgromadzenia Stowarzyszenia do wydawnictwa dzieł lek. polskich w Krakowie. Ze sprawozdania tego wynika, że Stowarzyszenie od lat 6ciu istniejące pod przewodnictwem prof. Korczyńskiego wywiązuje się ze swego zadania dobrze, jeżeli uwzględnimy szczupłość funduszów i niewielkie poparcie ze strony kolegów. W sześcioleciu, które minęło, Wydawnictwo wzbogaciło ubogie nasze piśmiennictwo 6ciu dziełami, oryginalnemi lub tłumaczonemi, ale w każdym razie poprawnie napisanemi, co w stósunkach naszych nie małą jest zasługą. — Obecnie zanosi się na zawiązanie bliższych stosunków z wydawnictwem Biblijoteki Umiejętności lekarskich w Warszawie. Bodajby te stosunki stały się ścisłemi, a wtedy połączonemi siłami przeprowadzi się nie jedno, czego dotąd nie zdołano uskutecznić. Jak na teraz odzywamy się do kolegów w nadziei, że Stowarzyszenie, które już tak liczne dało dowody zabiegliwości i staranności, poprą wszelkiemi siłami a tém samém przysłużą się piśmiennictwu naszemu lekarskiemu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** O uroczystości jubileuszowéj prof. Arlta zdajemy sprawę na innêm miejscu. Dr. Krejtschy otrzymał już zastępstwo kliniki prof. Ducheka. **Petersburg.** Prof. anatomii opisowéj Wacław Gruber, rodem z Czech, obchodził 35-letni jubileusz zawodu nauczycielskiego i otrzymał liczne dowody uznania od kolegów i uczniów.—**Wrocław.** Docent prywatny dermatologii i syfilidologii w Lipsku Dr. Neisser mianowany został profesorem nadzw. i dyrektorem kliniki chorób skórnych we Wrocławiu.

* **Nekrologija.** Z Londynu donoszą o śmierci Darwina. Nie tu miejsce rozpisać się o znaczeniu tego wielkiego badacza, którego nazwisko z uwielbieniem wymawiają wszyscy ludzie wykształceni z téj i tamtéj strony oceanu, a nawet przeciwnicy nauki o transmutacyi, przez niego wskrzeszonéj i naprzód posuniętéj, korzą się przed jego pracowitością, skromnością, i sumiennością. W dziełach swoich postawił on sobie pomnik, którego ząb czasu nie zniszczy, a sława jego trwać będzie po wszystkie czasy.— Karol Robert Darwin urodził się d. 12 lutego 1809 w Shrewsbury w Anglii a po odbyciu licznych podróży morskich osiadł w r. 1842 stale w posiadłości swéj Down w hrabstwie Kent. W r. 1839 wydał dziennik swych podróży, w r. 1840 wyniki zoologiczne, a w r. 1845 wyniki geologiczne tych podróży, w roku zaś 1859 wiekopomne dzieło o powstaniu rodzajów. Że dzieła jego tłumaczone zostały na wszystkie prawie języki i że doczekały się licznych wydań, rozumie się samo przez się; niemniéj jest prawdą, że nie każdy, który mianował się Darwinistą lub jego przeciwnikiem, zapoznał się gruntownie z jego dziełami, i ztąd to pochodzi, że nieraz przypisywano lub zarzucano mu zdania i zasady, których wcale nie głosił.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 16: Rybickiego: Kilka uwag praktycznych o obrocie na nóżki: (dok.)— Dobrzyckiego: Przypadek długotrwałego tężca przyrannego, zastrzykiwaniami chlorku morfiny wyleczonego; — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 16: Pawińskiego: O tak zwanym połowiczym skurczu serca (c. d.); Erlickiego: Kilka rysów z symptomatologii obłąkania epileptycznego (dok.); Kobylińskiego: Szkodliwy wpływ zgrzytania i szczękościsku na zęby. Zaradzenie złemu na drodze mechanicznéj. —

Redakcyja otrzymała:

O siłach uderżiwajuszczych sustawnyja powerchnosti w soprikosnowanii. Dissertacija na stepeń doktora mediciny A. J. Seliczkago. St. Petersburg 1882 in 8vo str. 56.

Dr. B. WICHERKIEWICZ: Czwarte sprawozdanie roczne Zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu. Za rok 1881. Poznań 1882, in 8vo str. 64.

Piśmiennictwo lekarskie. Annalen der städtischen allgemeinen Krankenhäuser zu München. Hrsg. von v. Ziemssen. 2 Bd. 1876 u. 1877. M. 21 Holzschn. u. 10 Taf. gr. 8. München, Rieger. M. 30.

Beiträge zur Geburtshülfe. Gynäkologie und Pädiatrik. Mit 4 Taf. und 13 Holzschn. (Festschrift für Hrn. Med.-R. Prof. Credé.) gr. 8. Leipzig, Engelmann. M. 6.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. W. w P. Odpowiedź Szan. Kolegi doszła nas d. 24 bm. Dla braku miejsca nie mogliśmy jéj umieścić w Numerze niniejszym; umieścimy ją w całości w przyszłym.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 6 maja 1882. № 18. Rok XXI.

I. Odpowiedź na uwagi p. Dr. Talki i p. Prof. Rydla nad artykułem: „O niezwykłym przebiegu irydektomii w jaskrze“.

W odpowiedzi na uwagi Dra Talki i Prof. Dra Rydla (w Nrze 14 Przeglądu) pozwalam sobie przesłać szanownéj Redakcyi słów kilka.

Jeżelim umieścił w nagłówku artykułu powyżéj wymienionego wyrażenie: „niezwykły przebieg“, tom nie mógł mieć na myśli faktu, który zdarzył się niejednemu operatorowi! a ogólnie jest znanym.

Dr. Talko podnosi jednak, a prof. Rydel wtóruje mu w tém, że przy użyciu noża Graefowskiego nie tylko mnie, ale wielu innym wydarzyła się rzecz niepożądana, t. j. wydobycie z oka soczewki (innym nawet ubytek ciała szklanego). Kol. Talko przytacza przypadek, w którym po zrobieniu w jaskrze dokonanéj (*glaucoma consummatum*) irydektomii nożykiem Graefego ujrzał w kilka minut późniéj wyciśniętą przeźroczystą (niezawodnie twardą ze zanikiem obwódki Zinna) w zamkniętéj torebce soczewkę; późniéj gałka uległa zanikowi; a prof. Rydel nożykiem Graefowskim zrządził w podobnym przypadku pęknięcie obwódki Zinna z miernym wypływem ciała szklanego, nadto zaćmę następną i utratę wzroku oka, operowanego z powodu ostréj jaskry. Wszakże to wszystko rzeczy ludzkie; często się one niestety operującym przydarzają, a i ja podobne przypadki widziałem, raz nawet sam podobnego doznałem przypadku lubo udało mi się późniéj wzrok ocalić przez powtórną operacyję, którą usunąłem zaćmę.

Nie chodziło mi jednakże o to, aby wykazać artykułem moim, że torebkę zranić można, ani że ciało szklane wypadło, ani też, że gałka uległa zanikowi, boć to wszystko nie miało w opisanym przezemnie przypadku miejsca, a przeciwnie podnieść raz jeszcze czuję się zniewolonym, że mimo dokładnego badania nie było można dostrzedz najmniejszego zranienia torebki i nie „kilka minut“ późniéj, ale dopiero nazajutrz i nie „całą soczewkę“ ale tylko samo jądro i to bez wszelkich przymieszek kory, a n i e, jak to prof. Rydel sądził „razem ze znaczną częścią kory“ we woreczku spojówkowym znalazłem.

Co do zarzutu, jaki spotyka nóż Graefowski, zarzutu uczynionego w części nawet przez samego Graefego, to zdanie moje pod tym względem jest takie: Wytworzenie katarakty przy irydektomii dla jaskry podjętéj powstać może przy silném bardzo napięciu również często przy użyciu noża lancetowatego, jako też noża Graefowskiego, lubo niebezpieczeństwa wynikające dla oka w jednym i drugim razie są odmienne (o ile są odmienne, w to na tém miejscu zapuszczać się nie widzę potrzeby); żeby jednak w ogólności niebezpieczeństwa te miały być większe dla Graefowskiego noża, sądząc z doświadczeń własnych i z tego, com widział po rozmaitych klinikach, a mianowicie w czasie dłuższego mego pobytu w klinice Pagenstechera, na to zgodzić się nie mogę.

Czegobym jednak zamilczeć nie chciał, to jest, że, jeżeli istotnie przypadki częstsze wydarzają się przy użyciu Graefowskiego noża, winę raczéj przypisać należy nieumiejętnemu prowadzeniu noża, zbyt wielkiemu cięciu albo co zdaniem mojém nie rzadko się zdarza, użyciu tępego narzędzia. Wiem z doświadczenia, jak mało posiadamy dobrych ślifierzy, jak nie wiele firm angielskich i francuzkich nawet potrafi pod tym względem wymagania nasze zaspokoić. Tępém zaś narzędziem wywieramy naturalnie często nacisk z jednéj strony; z drugiéj zaś powstaje ciągnienie i piłowanie, które sprawić może rozmaite przypadłości. Przyznaję jednak chętnie, że, robiąc cięcie lancetowatym nożem, byłbym je zrobił niezawodnie mniejsze, a tém samém zmniejszył skłonność do przypadłości, jaka przy niespokojném zachowaniu się choréj i trwającém naprężeniu wydarzyła się.

Przystępuję do drugiéj, t. j. teoretycznéj, że się tak wyrażę, części krytyki.

Szanowny prof. Rydel nie zgadza się na moje tłumaczenie ustąpienia zaćmienia, jakie powstało po wyjściu, powtarzam, samego jądra. Nie żądałem, ani żądam też tego bynajmniej, gdyż wyraźnie zastrzegłem się przeciw podejrzeniu, jakobym chciał apodyktyczne stawiać twierdzenia; nazywam bowiem moje tłumaczenie „przypuszczeniem, które niém pozostać musi, dopóki dalsze doświadczenie lub szczęśliwe przypadki, w których ten stosunek będzie można badać drobnowidowo, nie wyjaśnią téj sprawy“. Mam jednakże wszelki powód przypuszczać, że wielce szanowny kolega całe to zjawisko nie byłby sobie z pewnością „w tak bardzo prosty a zgodny z doświadczeniem nad zaćmą urazową“ tłumaczył sposób, jak to w swoich „Uwagach“ czyni, gdyby był mógł naocznie przypadek mój śledzić.

Prof. Rydel twierdzi, co, jak już wyżéj rzekliśmy, nie odpowiada istocie rzeczy, t. j. że znaczna część kory porówno wyszła z jądrem. Właśnie ja twierdziłem, że to nie nastąpiło, gdyż we worku spojówkowym nie było ani śladu kory, a przecież w niespełna 24 godzin nie byłaby ona uległa wessaniu, a i jądro twarde, gładkie, najzupełniéj było wolne od wszelkich przylegających cząstek kory. Trzeba więc było przypuszczać, że istotnie same jądro wyśliznęło się. Gdyby zaś pozostała kora, lub jak prof. Rydel chce, szczątki pozostałe kory miały były pod wpływem cieczy wodnéj rozpuścić się, nie byłoby to bez wątpienia uszło baczności naszéj w dziennem doglądaniu i opatrywaniu choréj, a powtóre wessanie kory téj z pewnością w tak późnym wieku nie byłoby w tak krótkim nastąpiło czasie.

Ciecz przedniéj komórki, mając przystęp do próżni powstałéj przez wyjście jądra, byłaby, takową wypełniając, sprawiła wygładzenie powstałych fałd torebki; te fałdy właśnie najpóźniéj poczęły się wygładzać, a po wyjściu choréj z zakładu jeszcze część ich była widoczną.

Jeszcze jedno. Gdy prof. Rydel mniema, że soczewka a raczéj tylko pozostałe jéj szczątki u méj choréj uległy, i to w tak krótkim czasie, wessaniu, najprostszą byłoby rzeczą, sprawę sporną wyjaśnić wykazaniem obecności lub nieobecności soczewki.

Nie bez słuszności, przyznaję, przypomina prof. Rydel, że można było oznaczyć stopień nadmiarowości przedmiotowo wziernikiem, a życzy sobie tego celem dowiedzenia się, czy chora posiadała jeszcze soczewkę lub nie; tak przynajmniéj rozumiałem uwagę końcową.

Dla uzupełnienia wszechstronnego badania wypadało niezawodnie podać i ten wynik badania, które, nawiasem mówiąc, najprzód dla pewnych zewnętrznych powodów łatwych do odgadnięcia, a powtóre z tego powodu nielatwém było wykonać, że chociaż soczewka dostatecznie się wyjaśniła, by módz, mianowicie przez obwodowe, przeźroczyste części, dokładnie dno oka rozpoznać, to jednak to wyjaśnienie nie dość było dostateczném, aby zarazem refrakcyję oznaczyć.

Ale prof. Rydel zechce sobie zarazem przypomnieć, że takie oznaczenie wziernikiem stopnia nadmiarowości nie wystarcza do wykazania równocześnie bezsoczewkowości, bo wiadomo, że przy wysokich stopniach krótkiego wzroku bezsoczewkowość wcale optometrycznie wykazać się nie da, a i w innych nawet stanach niemiarowości oka jest niepewném badanie takie za pomocą oznaczenia stopnia refrakcyi; nie zupełnie téż pewne w tym celu daje nam rękojmie; przypomnijmy sobie bowiem, że zdarzają się przypadki nadmiarowości do 10, a nawet aż do 12 Diop. tam, gdzie oko soczewki nie jest wcale pozbawioném.

Chcąc się więc istotnie o braku lub obecności soczewki przekonać, jedynie znane fizyjologiczne doświadczenie Purkinjego-Sansona zastosować winniśmy. Lecz i to u méj choréj w obec nie bardzo gładkich powierzchni soczewki, a mianowicie owych fałd torebki, o których wyżéj wspomniałem, na razie z całą przeprowadzić ścisłością i pewnością nie było możliwém, lubo nie wątpię, że późniéj z większém jeszcze wyjaśnieniem się soczewki, a mianowicie wygładzeniem fałd, możnaby na téj drodze do zupełnéj dojść pewności, gdy chodzić jeszcze będzie o przekonanie sceptyków. Jednakże już ścisłe badanie przy ukośném oświetleniu dawało mnie, który przypadek ten śledziłem co dzień z wielkiém zajęciem, pewną rękojmię, że soczewkę, i to jądra pozbawioną, oko operowane jeszcze posiadało; o ile spłaszczoną ona była, w to nie wchodzę; utwierdzały mnie zaś w powyższém przekonaniu okoliczności te, że przednia komórka niezbyt była głęboką, a wcale nie głębszą, niż po drugiéj stronie, i że tęczówka mając oparcie, a nie będąc przyrosłą, nie drgała przy poruszeniach oka.

Dr. B. Wicherkiewicz.

Uwagi nad artykułem i odpowiedzią Dra Wicherkiewicza.

Pisząc uwagi nad artykułem szanownego kol. Wicherkiewicza nie wdawałem się w obszerniejsze wywody i nie podnosiłem wielu niejasnych lub z mojém zapatrywaniem niezgodnych szczegółów, bo nie zamierzałem bynajmniej pisać formalnéj krytyki. Celem moim była głównie przestroga przed używaniem nożyka Graefego do irydektomii w jaskrze, tudzież zwrócenie uwagi szanownego kolegi, że jego tłumaczenie „niezwykłego przebiegu“ jest zbyt śmiałe a niepoparte należycie, tudzież, że zjawiska spostrzegane tłumaczyć można i należy w sposób prostszy i z dotychczasowém doświadczeniem nierównie zgodniejszy. Sądziłem, że proste zwrócenie uwagi w krótkich słowach pobudzi szanownego kolegę do ponownego zastanowienia się nad przypadkiem opisanym i uznania, rozumie się *tacite*, że, co się każdemu przydarzyć może, wpadłszy raz na zbyt śmiałe przypuszczenie, zapędził się w swoich wywodach zbyt daleko. Skoro jednak krótkie moje uwagi chybiły tego celu, a szanowny kolega nietylko obstaje przy swoich twierdzeniach, ale stara się nawet o zbicie moich zarzutów i przekonanie mnie, że zapatrywania moje są błędne, widzę się zniewolonym uprasząć szanowną Redakcyję o nieco więcéj miejsca i przeprosić szanownych Czytelników, że może nadużyję ich cierpliwości czyniąc nietylko uwagi nad powyższą odpowiedzią, ale podnosząc zarazem niejedno, z czém się w artykule kolegi Wicherkiewicza zgodzić nie mogę. Muszę zaś rozpisać się nieco obszerniéj tém bardziéj, ile że pisząc dla czytelników, których ogromna większość nie jest specyjalistami, przytoczyć muszę niejedno, bez czegoby się w piśmie fachowém obeszło. Zapewniam jednak, że podniosę tylko to, co do rzeczy, t. j. do zbicia mylnych zapatrywań szanownego kolegi, okaże się niezbędném.

Rozpocząć muszę od małego wyjaśnienia. Kol. Wicherkiewicz zaraz na wstępie swojéj odpowiedzi powiada: „Jeżelim umieścił w nagłówku artykułu wyrażenie „niezwykły przebieg“, tom nie mógł mieć na myśli faktu, który zdarzył się niejednemu operatorowi, a ogólnie jest znanym.

Dr. Talko podnosi jednak, a prof. Rydel wtóruje mu w tém, że przy użyciu noża Graefowskiego nietylko mnie, ale i wielu innym operatorom wydarzyła się rzecz niepożądana, t. j. wydobycie soczewki". Nieco daléj zaś kol. Wicherkiewicz pisze: „Nie chodziło mi jednakże o to, aby wykazać artykułem moim, że torebkę zranić można, ani że ciałko szklane wypadło, ani też, że gałka uległa zanikowi, boć to wszystko nie miało w opisanym przezemnie wypadku miejsca." Kol. Wicherkiewicz przypuszcza więc — bo wyczytać nie mógł tego w uwagach ani kol. Talki ani moich — że powód do napisania naszych uwag dało błędne z naszéj strony zrozumienie powodów, które go do opisania w mowie będącego przypadku, a przynajmniéj do użycia wyrażenia „niezwykły przebieg" skłoniły. Nie mogę zrozumieć, jakim sposobem kol. Wicherkiewicz wpadł na takie przypuszczenie, iż my (t. j. kol. Talko i ja) mniemaliśmy, że mu „chodziło o to, aby wykazać, że torebkę zranić można itd." Ja (a zdaje mi się i kol. Talko) zrozumiałem bardzo dobrze, że dwa zupełnie inne powody skłoniły kol. Wicherkiewicza do ogłoszenia przypadku, a mianowicie do użycia wyrażenia „niezwykły przebieg", bo szanowny autor wypowiedział je w a r t y k u l e aż nadto dobitnie i jasno w dwóch następujących ustępach: „Przypadek ten, który podobnego sobie, jeśli się nie mylę, w literaturze nie ma, staje się głównie tém nader ciekawym, że po ostrożnie i prawidłowo dokonanéj iridektomii naprężenie zrazu niezmniejszone, a następnie w skutek schylania się i kaszlania zwiększone, było w stanie przy niespokojném zachowaniu się choréj pod opaską wycisnąć twarde średniéj wielkości jądro, jak pestkę ze śliwki, nie wywołując przytém żadnego silniejszego wpływu ani na ustrój całéj gałki ani też na pojedyńcze jéj części." To jeden powód! Drugi zaś wypowiedział kol. Wicherkiewicz w wyrazach: „Nie mniéj zdumiewającém w tym całym przypadku jest wyjaśnienie nie zbyt powolne zaćmionéj przez wyjście jądra istoty kory soczewkowéj". Tak rozumiałem i rozumiem powody ogłoszenia przypadku i użycia wyrażenia „niezwykły przebieg", a właśnie dla tego, że takie były powody i że je tak zrozumiałem, poczytałem uwagi kol. Talki za uzasadnione i nie wahałem się im wtórować, a nadto dołączyć drugi ustęp swoich uwag. Mojém zdaniem przypadek ten mógł mieć tylko jednę racyję ogłoszenia, t. j. przestrogę przed używaniem nożyka Graefego do irydektomii, jeżeli już nie we wszystkich, to przynajmniéj w pewnych przypadkach jaskry, do których i przypadek kol. Wicherkiewicza zaliczyć muszę, a właśnie okoliczność, że szanowny autor nie upatrywał związku między użyciem nożyka Graefego a wystąpieniem jądra soczewki i nie tylko wcale nie przypuścił zranienia torebki wśród operacyi, ale je owszem wykluczył, usprawiedliwia uwagi kol. Talki i moje.

W ustępie powyżéj przytoczonym a r t y k u ł u kol. Wicherkiewicz uważa przypadek swój głównie z tego powodu za nader ciekawy, „że po ostrożnie i p r a w i d ł o w o dokonanéj irydektomii" odeszło nazajutrz jądro soczewki. Otóż twierdzeniu, że irydektomija „p r a w i d ł o w o" dokonaną została, zaprzeczyć muszę jak najbardziéj stanowczo opierając się na własnych słowach szanownego kolegi, wypowiedzianych w a r t y k u l e: „spostrzegłem w głębi zrobionego cięcia górny brzeg soczewkowy nieco ku górze zwichnięty". Czyż zwichnięcie soczewki, choćby lekkie, należy do prawidłowéj irydektomii? czyż nie jest ono złą przygodą, czyli przypadkiem nieprawidłowym? Sądzę, że zbytecznem byłoby rozwodzić się nad tém, a to tém bardziéj, że autor sam uważał widocznie to zwichnięcie za coś nieprawidłowego i obawiać się musiał, czy torebki nie zranił, skoro się do badania w tym względzie uczuł zniewolonym, jak to wynika ze słów: „że zaś nigdzie torebka n i e o k a z a ł a się, choćby najmniej, uszkodzoną, przeto przystąpiono itd." Kolega Wicherkiewicz uspokoił się jednak w swojéj, obawie ponieważ „torebka n i e o k a z a ł a się choćby najmniéj uszkodzoną". Czyż nas to uprawnia do twierdzenia, że torebka i s t o t n i e n i e b y ł a uszkodzoną? Oczywiście nie! a to już w obec tego, co szanowny kolega nieco daléj, ale w tym samym a r t y k u l e pisze: „Na odwrót mimo chwilowéj a nawet dłużéj trwającéj przeźroczystości ciała soczewkowego zajść mogło **istotne** obrażenie torebki **niewidzialne** i tak: soczewka **nieco** tylko zwichnięta doprowadza do **niewidzialnego** pęknięcia torebki przy równiku pomiędzy przyczepami więzadła Zinna do przedniéj i tylnéj blaszki torebki, za czém według Beckera przemawiają kliniczne spostrzeżenia, że w razie lekkiego zwichnięcia soczewki zaćmienie rozpoczyna się przy równiku i to dość późno." Jakżeż z tém pogodzić stanowcze twierdzenie, przy którém kol. Wicherkiewicz i w o d p o w i e d z i powyższéj obstaje, że torebka **nie była** uszkodzoną, twierdzenie oparte li tylko na tém, że się „**nie okazała**" uszkodzoną? Becker znalazł nazajutrz po irydektomii, wykonanéj z powodu ostréj jaskry, komórkę przodkową jeszcze niewypełnioną a soczewkę p o z o r n i e zupełnie zaćmioną i pisze: „*Eine Verletzung der Kapsel war aber trotz sorgfältigen Untersuchens bei seitlicher Beleuchtung nicht aufzufinden*". Mimo to Becker nie był p e w n y m, czy torebki nie skaleczył, skoro daléj pisze: „*Trotzdem beruhigte mich* (a więc uspokoiło, ale nie upewniło go) *nur die Ueberzeugung, bei der Operation die Kapsel nicht verletzt zu haben*" (Graefe-Saemisch, V B., 5 Th., pag. 280); jakoż nazajutrz, gdy komórkę przodkową znalazł już przywróconą, soczewka okazała się i pozostała nadal zupełnie czystą. Becker przytacza ten przypadek nie na dowód wyjaśnienia się rzeczywiście zaćmionéj soczewki, lecz na dowód, że p o z o r n e jéj zaćmienie wystąpić może skutkiem nagłego jéj postąpienia naprzód po odpłynięciu cieczy wodnéj i przesunięcia się warstw soczewki wśród torebki nie nadwerężonéj.

Czyż w obec tego wszystkiego nie miałem prawa napisać: „Z d a n i e m m o j é m torebka pękła już podczas operacyi," choć tego pęknięcia nie można było w i d z i e ć, a więc wprost rozpoznać, skoro do jego rozpoznania uprawnia nas, według własnych słów kol. Wicherkiewicza, zwichnięcie soczewki. Wystąpienia z oka jądra, a nawet mniéj więcéj całéj soczewki po operacyi, choćby najzupełniéj prawidłowéj, przy któréj zrobiono cięcie na 8mm. długie, wystąpienie li skutkiem nader niespokojnego zachowania się choréj, kaszlu i silnego napięcia oka nie uważam za nic nadzwyczajnego a tém bardziéj niemożliwego, w przypadku kol. Wicherkiewicza atoli pęknięcie torebki wśród operacyi przygotowało zdaniem mojém i ułatwiło to wydarzenie.

Że pęknięcie torebki lub obwódki Zinna z upływem ciałka szklanego wydarzyć się może i wydarza choć tylko wyjątkowo podczas irydektomii w oku jaskrowém bez względu na to, czy nożykiem grotowym lub nożykiem Graefego operujemy, zgadzam się z kol. Wicherkiewiczem najzupełniéj. Pomimo wszystkiego atoli, co w tym względzie w o d p o w i e d z i swéj pisze, niebezpieczeństwo takie w ogólności większém jest, zdaniem mojém, przy użyciu nożyka Grae-

fego, zwłaszcza gdy komórka przodkowa jest bardzo płytką a oko bardzo twarde. W braku statystyki, odnoszącéj się do tego przedmiotu pozostawić jednak należy sąd w téj mierze osobistemu zapatrywaniu i doświadczeniu. Ja porzuciłem nożyk Graefego w tych przypadkach, bo mam to przekonanie, że niebezpieczeństwo jest większém, gdy nim operujemy a porzucił go też i Arlt. Ale i sam nawet Graefe zastanawiając się nad tém, czy korzyści lub też niebezpieczeństwa, wynikające z użycia jego nożyka do operacyi jaskry, przeważają, zwraca uwagę na znaczne trudności poprowadzenia cięcia, jeżeli komórka jest bardzo płytka, na niebezpieczeństwo pęknięcia obwódki Zinna itd. a kończy: *„In Summa möchte ich das Bestehen einer sehr ausgesprochenen Druckvermehrung eher als contraindicirt für den peripheren Linearschnitt betrachten als umgekehrt. (Archiv f. Ophth. XIV Jahrg. Abth. III*, str. 147 i 148). Zdanie to wypowiada Graefe zasadniczo, bez żadnych zastrzeżeń, a więc bez względu na biegłość operatora, ostrość noża i długość rany, czyli innemi słowy, że nie radzi nawet najbieglejszemu operatorowi i najostrzejszym takim nożykiem wykonywać irydektomii w przypadkach jaskry z bardzo płytką komórką i ze znaczném podwyższeniem ucisku śródocznego. Cieszę się w końcu że szanowny Kolega w powyższéj odpowiedzi „przyznaje chętnie, że robiąc cięcie lancetowatym nożem byłbym je zrobił niezawodnie mniejsze, a tém samém zmniejszył skłonność do przypadłości, jaka przy niespokojném zachowaniu się choréj i trwającém naprężeniu wydarzyła się“, bo jedynym celem pierwszego ustępu uwag moich była przestroga przed używaniem nożyka Graefego w podobnych przypadkach.

Kolega Wicherkiewicz przywiązuje daléj w swojéj odpowiedzi widocznie wielką do tego wagę, że tylko samo jądro wystąpiło, skoro pisze: nie całą soczewkę ale tylko samo jądro i bez wszelkich przymieszek kory, a nie jak to Prof. R. sądził „razem ze znaczną częścią kory we woreczku spojówkowym znalazłem“. Otóż przedewszystkiém nie powiedziałem nigdzie, że kol. Wicherkiewicz „znalazł“ jakąkolwiek część kory we woreczku spojówkowym, ale napisałem w pierwszym ustępie uwag swoich: „nadzwyczaj niespokojne zachowanie się chorej po operacyi zmusiło następnie jądro **zapewne** razem ze znaczną częścią kory do wystąpienia z oka“, w drugiéj zaś części uwag wyraziłem się: „Zdaniem mojém nie mogło się przy wystąpieniu jądra obejść bez odejścia z oka znacznej, a może nawet przeważnej części kory“. Nie powiedziałem więc nigdzie, że kol. Wicherkiewicz „znalazł“ a teraz dodam, że mnie i nikogo obeznanego z rzeczą dziwić nie może, że nie znalazł, chociaż obstaję przy twierdzeniu, że się przy wystąpieniu jądra bez odejścia z oka znacznej części kory obejść nie mogło. Na dowód, że kol. Wicherkiewicz mógł nie znaleść w woreczku spojówkowym żadnych przymieszek kory, pomimo, że znaczna jéj część odeszła, dość będzie przypomnieć po pierwsze, że kora nie była zaćmioną lecz czystą, łatwo więc można było ją przeoczyć nawet przy najdokładniejszém badaniu, jeżeli się jéj umyślnie nie szukało, a powtóre, że kora wyszedłszy z oka musiała wkrótce rozmoknąć, rozpuścić się w cieczy łzowej i uledz roztarciu przez ruchy powiek bardzo niespokojnéj chorej, tak, że się zamieniła w rzadką, do śluzu zupełnie podobną papkę. Te same ruchy powiek zetrzeć musiały cząstki kory przylegające do twardego i gładkiego jądra. Że tak się dzieje, że kory w łzach rozpuszczonej i w rzadką papkę rozrobionej nie dostrzegamy wcale, lub że ją za śluz wziąć możemy (a przypominam, że kol. Wicherkiewicz znalazł nazajutrz, po zdjęciu opaski na płateczku „nieco śluzu“) tego, jak sądzę, dowodzić nie potrzebuję. I tak się tłumaczy, że szanowny kolega nie znalazł „ani śladu kory“ pomimo, że „w niespełna 24 godzin nie byłaby ona uległa wessaniu, a jądro twarde gładkie najzupełniéj było wolne od wszelkich przylegających cząstek kory“. Czyż w końcu dziwić może, że kol. Wicherkiewicz nie znalazł rozmokłéj i roztartéj kory, skoro nawet twardego, średniéj wielkości jądra nie znalazł od razu i zabierał się już po zbadaniu rogówki, rany operacyjnéj tęczówki itd. do założenia opaski, a dopiero „badając raz jeszcze przed założeniem opaski stan gałki spostrzegł, że zewnętrzny kącik nieco odstaje, a gdy choréj kazał wykonać kilka poruszeń gałką podpadł mu wyzierający z poza powiek brzeżek jakoby soczewki, a wydobywszy to ciało lekko za pomocą łyżeczki Pagenstechera, przekonał się, że to twarde jądro, żółto-jasne, średniéj wielkości“. Co do drugiego mojego twierdzenia, że jądro wystąpiło zapewne razem ze znaczną częścią kory, to istotnie trudno sobie wyobrazić, żeby inaczéj być mogło, trudno bowiem przypuścić, żeby jądro, znajdujące się przecież w środku soczewki, a więc otoczone ze wszech stron korą, wystąpiło samo „bez wszelkich przymieszek kory“ a nie wystąpiła razem z niém przynajmniéj ta część kory, która się między jego brzegiem a raną w torebce znajdowała. Po wyjściu zaś jądra nie mogło się obejść bez odejścia dalszych jeszcze części kory, skoro w ścianie oka była rana około 8 mm. długa, tworząca płat mniéj więcéj 2 mm. wysokości, w torebce zaś duża rana, przez którą jądro odeszło, a ucisk w oku, jeżeli nie ciągle to przynajmniéj chwilowo, podczas gwałtownych ruchów, wstawania z łóżka, schylania się po rzeczy i kaszlu, niezawodnie podwyższony. Czy wreszcie część kory odeszła lub nie, nie ma, jak się to późniéj jeszcze okaże, znaczenia zasadniczego.

Tyle co do odpowiedzi na pierwszy ustęp moich uwag. Przystępuję do drugiéj części, którą kol. Wicherkiewicz teoretyczną zowie, czemu się nie sprzeciwiam, choć ona i pewną praktyczną ma doniosłość.

Sprowadzając spostrzeżenie, zrobione przez kol. Wicherkiewicza do najprostszego, że się tak wyrażę, mianownika mamy do czynienia z następującym faktem: Po wykonaniu irydektomii nożykiem Graefego w oku jaskrą dotkniętém u osoby 50letniéj odeszło z oka jądro, (z pewną częścią kory, lub, dajmy na to, samo), które kol. Wicherkiewicz nazajutrz znalazł w worku spojówkowym. W dalszym ciągu obserwacyi rozpoznano, że pozostała w oku kora uległa zaćmieniu tak mocnemu, że przy oświetleniu wziernikowém nie wydobywał się czerwony odblask z głębi oka. W ośm dni po operacyi źrenica zaczęła się oczyszczać tak, że w kilka dni późniéj przebijało już czerwone dno oka, a po dalszych kilku dniach (w 14 dni po operacyi) można już było widzieć za pomocą wziernika wyraźny obraz dna oka. Tak się przedstawia fakt nagi, a najprostsze, z dotychczasowém doświadczeniem nad zaćmą urazową i ze spostrzeżeniami po wydobyciu zaćmy schyłkowéj jedynie zgodne tłumaczenie tego faktu, jakie się każdemu przedewszystkiém nasunąć musi, jest: że pozostała w oku kora soczewkowa, zaćmiwszy się zrazu w skutku działania na nią cieczy wodnéj, i opłókiwania nią obficie (bo przez dużą ranę w torebce ciecz miała przystęp swobodny) uległa następnie wessaniu, skutkiem którego było oczyszczenie się źrenicy. Ktokolwiek odrzuca to tłumaczenie na korzyść innego, jak sam przyznaje niezwykłego, winien, jeżeli chce, aby całe spostrzeżenie miało przedmiotową wartość dla nauki i

przyniosło jéj korzyść, podać przedewszystkiém powody, które go do odstąpienia od zwykłego tłumaczenia skłoniły, a następnie, jeżeli już nie ściśle udowodnić to przynajmniéj, o ile może, poprzeć nowy, niezwykły sposób tłumaczenia. Kto tego nie uczyni, może sobie wprawdzie wyrobić o zjawiskach spostrzeganych przekonanie podmiotowe i tłumaczenie dowolne, ale ogłaszając swoje spostrzeżenie i takie tłumaczenie nie ma prawa uważać go choćby za przypuszczenie jako tako poparte. Kol. Wicherkiewicz nie wspomniał w artykule zgoła nic o owém najprostszém, z dotychczasowém doświadczeniem jedynie zgodném tłumaczeniu, nie starał się go zbić, a przypuścił za to inne tłumaczenie, o którém tak pisze: „Nie mniéj zdumiewającém w tym całym przypadku jest wyjaśnienie się nie zbyt powolne zaćmionéj przez wyjście jądra istoty kory soczewkowéj. Pewną i niewątpliwą jest rzeczą, a doświadczenia wykazały to wielokrotnie, że soczewka nie zbyt silnie zraniona może albo zupełnie wyjaśnić się albo przynajmniéj zaćmienie powstałe nie przybiera większych rozmiarów. Lecz czy w tak krótkim czasie kiedykolwiek zaćmienie tak obszernych rozmiarów, jak w rzeczonym przypadku, do tego stopnia ustąpiło, że badanie wziernikiem nie napotykało na żadne trudności, nie jest mi wiadomém i wątpić prawie można, chyba że wiarę damy Neftla podaniom, zbitym przez Hirschberga i innych, podaniom o usunięciu zaćmień soczewek z jakichkolwiek powodów powstałych za pomocą prądu galwanicznego.“ Każden ma prawo oczekiwać, że po takiém wyznaniu kol. Wicherkiewicz, jeżeli już nie może udowodnić nowego, a tak do prawdy niepodobnego tłumaczenia, „iż o niém wątpić prawie można“ starać się przynajmniéj będzie poprzeć i uzasadnić je jako tako i uczynić o ile można podobném do prawdy. Zamiast tego wszystkiego następują w artykule tylko ogólne wywody, jak sobie sprawę gojenia się obrażeń soczewkowych wyobrażać należy a nie znachodzimy nic, coby się do naszego przypadku wprost odnosiło, coby za tém przynajmniéj przemawiało, że się w nim istotnie coś podobnego stało lub przynajmniej stać mogło. Wywody te kończą się wreszcie wyznaniem, że w odniesieniu do opisanego przypadku wszystko to „pozostanie tymczasowo jeszcze przypuszczeniem, dopóki dalsze doświadczenia lub szczęśliwe przypadki, w których ten stosunek będzie można badać drobnowidowo, nie wyjaśni téj sprawy.“ Dopiero w odpowiedzi na moje uwagi stara się kol. Wicherkiewicz poprzeć swoje przypuszczenie. Rozpoczyna więc od zapewnienia, że ma wszelki powód przypuścić, że wielce szanowny Kolega całe to zjawisko nie byłby sobie z pewnością „w tak bardzo prosty a zgodny z doświadczeniem nad zaćmą urazową“ tłumaczył sposób, jak to w swoich „uwagach“ czyni, gdyby był mógł naocznie przypadek mój śledzić. Być może! ale gdy je naocznie śledzić nie mogłem, a szanowny Kolega nie podał, co spostrzegał, mimo, że śledził, np., że widział właściwe soczewce uwłóknienie już po oczyszczeniu się źrenicy, nie może więc brać mi za złe, że tłumaczenie jego nie wydaje mi się po tém zapewnieniu podobniejszém do prawdy niż przedtém. Następuje ustęp, w którym kol. Wicherkiewicz dowodzi, że tylko samo jądro wyszło, bez przymieszek kory, na co już powyżéj odpowiedziałem.

Daléj idzie drugie zapewnienie, że wessanie kory nie byłoby uszło baczności kol. Wicherkiewicza, na które ja naturalnie nic odpowiedzieć nie mogę, a daléj twierdzenie, że „wessanie kory téj z pewnością w tak późnym wieku nie byłoby w tak krótkim czasie nastąpiło.“ Kol. Wicherkiewicz jest więc tego zdania, że czas dwóch tygodni był za krótkim na wessanie (dajmy na to całéj) kory a przypuszcza, że wystarczył na jéj wyjaśnienie się w tak późnym wieku, w oku skutkiem jaskry ciężko chorém. Alеż kol. Wicherkiewicz sam uznał, że „zdumiewającém w tym całym przypadku jest wyjaśnienie się nie zbyt powolne zaćmionéj kory soczewkowéj“ a daléj, że „nie jest mu wiadomém, aby w tak krótkim czasie kiedykolwiek zaćmienie tak obszernych rozmiarów do tego stopnia ustąpiło..... i wątpić prawie można, chyba“ itd. Otóż takie przypuszczenie o wyjaśnieniu się kory w przypadku kol. Wicherkiewicza sprzeciwia się istotnie najzupełniej całemu dotychczasowemu doświadczeniu. Znamy wprawdzie pewną, wcale nie wielką ilość przypadków, w których częściowe zaćmy urazowe wyjaśniły się do pewnego stopnia lub nawet zupełnie, we wszystkich tych przypadkach jednak zaćma częściowa była skutkiem małych ran torebki, wynoszących zaledwie 1 mm., lub nie wiele więcéj, zadanych ostrém, kończastém narzędziem, które się szybko zgoić mogły. Takie zaćmy, zajmujące tylko małą cząstkę całéj soczewki, u ludzi młodych, w oczach przed urazem zupełnie zdrowych, potrzebowały przecież zazwyczaj kilku miesięcy a niekiedy nawet lat, zanim się, i to najczęściéj tylko do pewnego stopnia, wyjaśniły. Ja właśnie jeden z pierwszych spostrzegałem i opisałem bardzo szczegółowo z podaniem wizerunków dwa takie przypadki (Przegl. Lek. 1866 r. i *Bericht über die Wiener Augenklinik 1867)*, o których Becker pisze: *Für traumatische Staare liegen die schönen Beobachtungen von v. Rydel, die eitdem auch von anderer Seite bestätigt sind, vor. (Graefe-Saemisch V B. 5 Th.* pag. 308). W jednym z tych przypadków, który dostatecznie długo obserwować mogłem, a w którym torebkę przekłół ostry koniec gwoździa z dmuchawki *(Blasrohr)* wyrzuconego, zaćmienie gwiazdkowate w tylnéj korze, mimo którego chory nazajutrz jeszcze Nr. 13 J. chociaż trudno czytał, a które się już późniéj nie wzmogło, potrzebowało przecież z górą dwóch lat, aby się do tego stopnia wyjaśnić, że chory w końcu z trudnością Nr. 5 J. czytał. Natomiast wiemy z doświadczenia o zaćmie urazowéj a jeszcze lepiéj ze spostrzeżeń po operacyi zaćmy schyłkowéj, że kora pozostała w oku po wyjściu jądra, wystawiona na działanie cieczy wodnéj ulega łatwo i dość szybko wessaniu, a szybkość, z jaką się wessanie odbywa, zawisła głównie od wielkości rany w torebce. W obec tych wszystkich doświadczeń przypuszczenie o wessaniu w 14 dniach części (a choćby nawet całéj) w oku pozostałéj kory u osoby 50-letniéj, jaskrą dotkniętéj, jest jedynie możliwe, a w każdym razie bez żadnego porównania więcéj do prawdy podobne od wyjaśnienia się tejże, zwłaszcza jeżeli nie zapomnimy, że ciecz wodna miała do soczewki przystęp przez bardzo dużą ranę.

Następujący ustęp odpowiedzi opiewa: „Ciecz przedniéj komórki mając przystęp do próżni powstałej przez wyjście jądra byłaby takową wypełniając sprawiła wygładzenie powstałych fałd torebki, te fałdy właśnie najpóźniéj zaczęły się wygładzać, a po wyjściu chorej z Zakładu jeszcze część ich była widoczną“. Ustęp ten, dla mnie niezupełnie jasny, rozumiem tak, że zdaniem kolegi Wicherkiewicza obecność fałdów torebki przemawia przeciw wessaniu kory dla tego, że do sprowadzenia tego wessania potrzeba było, żeby ciecz

wodna dostała się do jamy torebkowej, a gdyby to było nastąpiło, fałdy torebki byłyby musiały się wygładzić. Fałdy nie wygładziły się, więc w têm dowód, że ciecz do jamy torebkowéj nie miała przystępu, a nie miała go dla tego, ponieważ rana w torebce się zgoiła, co następnie odrodzenie i wyjaśnienie się soczewki umożliwiło. Otóż zgojenie się rany dartéj w torebce tak wielkich rozmiarów, że przez nią twarde, średniéj wielkości jądro odeszło, jest przypuszczeniem najzupełniéj sprzecznêm z całêm dotychczasowêm doświadczeniem co do przebiegu po dyscysyi zaćmy i w ogólności co do gojenia się ran urazowych w torebce, bo dotąd uważano gojenie się (bez tylnych przyczepin i błon rzekomych w źrenicy, których w przypadku naszym nie było) tylko ran zaledwie 1 mm. lub mało co więcéj wynoszących i ostrém narzędziem zadanych. Tak n. p. pisze ten sam Pagenstecher, którego kol. Wicherkiewicz w artykule cytuje: *„Bei den ohne diese begünstigenden Bedingungen* (t. j. *ohne Irisanlöthung oder Exsudatschwarte) erfolgten Heilungen war die Verletzung eine umfänglich sehr geringe, durch das Eindringen einer Staarnadel, eines feinen, mit grosser Gewalt fortgeschleuderten Eisensplitters bewerkstelligt, einer Punction mit möglichst feiner Stichnadel vergleichbar“ (Klin. Monatsbl. 1865 pag. 85).*

O zagojeniu się więc rany torebkowéj w przypadku kol. Wicherkiewicza nawet mowy być nie może têm mniéj, że, jak kol. Wicherkiewicz w odpowiedzi podaje, tęczówka nie była przyrosłą. Fałdy, które szanowny Kolega widział, powstały po prostu dla tego, że torebka po wyjściu jądra stała się o wiele za obszerną, a będąc poszarpaną i popękaną w licznych kierunkach, jak zwykle w takich razach, musiała się skutkiem sprężystości pozwijać, pomarszczyć i w fałdy poukładać. Skoro się zaś rana w torebce nie zagoiła, i to w najkrótszym czasie, soczewka ani się wyjaśnić ani odrodzić żadną miarą nie mogła, bo to jest pierwszym i nieodzownym warunkiem wyjaśnienia.

Ażeby przypuszczenie tak wręcz sprzeczne z całém dotychczasowêm doświadczeniem już nie udowodnić, bo to nie zawsze można choć się ma słuszność, ale chociaż do pewnego stopnia podobnêm do prawdy uczynić, niedość było zdziwienie swoje dobitnie wypowiedzieć, ale należało je koniecznie czêmś poprzeć. Ponieważ kol. Wicherkiewicz w artykule swoim wcale tego nie uczynił (jedyne usiłowanie w téj mierze widać w ustępach o fałdach w torebce, których obecność jednak, jak wyżéj wykazałem, niczego nie dowodzi) a w obec fałdów w torebce po doświadczeniu Purkynego-Sansona rezultatu spodziewać się nie było można, objawiłem więc żal, że szanowny Kolega nie starał się przynajmniéj oznaczyć refrakcyi za pomocą wziernika, dodając, że „stopień wykazanéj nadmiarowości byłby **zapewne** wyjaśnił do **pewnego przynajmniéj stopnia**, czy oko miało soczewkę lub czy ją skutkiem wessania straciło“. Kol. Wicherkiewicz przyznaje wprawdzie w swojéj odpowiedzi, że „dla uzupełnienia wszechstronnego badania wypadało niezawodnie podać i ten wynik badania“, powiada jednak daléj, że „badanie to nie łatwêm było wykonać: 1) dla pewnych zewnętrznych powodów, łatwych do odgadnięcia“ a 2) z tego powodu, że chociaż soczewka dostatecznie się wyjaśniła by módz, mianowicie przez obwodowe przeźroczyste części dokładnie dno oka rozpoznać, to jednak to wyjaśnienie nie było dostatecznêm, aby zarazem refrakcyję oznaczyć. Co do 1) to nie odgaduję wcale jakie to były owe powody zewnętrzne. Co do 2) zaś przedewszystkiêm podnieść muszę, że w artykule kol. Wicherkiewicza nie ma nigdzie mowy o têm, że środkowa część soczewki była mniéj przeźroczysta od części obwodowych a pierwszą wzmiankę znajdujemy o têm dopiero w powyżéj przytoczonych słowach odpowiedzi, w artykule zaś znajduję owszem ustęp „około połowy Grudnia już tylko przy dokładnem ukośnem oświetleniu rozpoznać można było zmętnienie w górnéj części soczewki“, ustęp sprzeczny z podaniem powyższêm. Widocznie zachodzi tutaj więc myłka! Dwa ustępy, odnoszące się do badania wziernikowego po operacyi brzmią jak następuje:

a) Przeczyszczanie się soczewki postąpiło dni następnych tak dalece, że około połowy grudnia już tylko przy dokładnêm ukośnêm oświetleniu rozpoznać można było zmętnienie w górnéj części soczewki pozbawionéj jądra, a wziernik oddał nam już jasny obraz dna oka. Tarcz sama biała z bardzo cienkiemi tętnicami przedstawiała się **jak najwyraźniéj**“.

b) Badanie wziernikowe nie napotykało na żadne trudności“. Do oznaczenia wziernikowego refrakcyi potrzeba, jak wiadomo, módz widzieć wyraźnie jakąś tylko część dna oka, np. jedno lub drugie naczynie siatkówkowe lub np. tylko jakąś część brzegu tarczy, byle wyraźnie. Jakim więc sposobem wyjaśnienie soczewki, dozwalające widzieć „tarcz samą białą z bardzo cienkiemi tętnicami **jak najwyraźniéj** w oku, w którém „badanie wziernikowe nie napotykało na żadne trudności“ „nie było jednak dość dostatecznêm, by zarazem refrakcyję oznaczyć“ tego najzupełniéj zrozumieć nie mogę.

Że kol. Wicherkiewicz, oznaczywszy refrakcyję za pomocą wziernika nawet najdokładniéj nie byłby może mógł, nie znając pierwotnéj refrakcyi oka, stwierdzić lub wykluczyć bezsoczewkowości z całą ścisłością, wiedziałem aż nadto dobrze, zanim mi to szanowny Kolega w swojéj odpowiedzi przypomniał i dla tego też napisałem **„zapewne“** i **„do pewnego przynajmniéj stopnia“**. O ile jednak ze samego stopnia nadmiarowości orzec można, czy oko ma soczewkę lub nie, objaśni nas najlepiéj to, co o têm w rozdziale o rozpoznawaniu bezsoczewkowości Becker pisze: *„Der Grad der Hypermetropie allein ist bei emmetropischem und hypermetropischem Bau der Augen für die Diagnose der Aphakie genügend, denn es kommt wohl nur ganz ausnahmsweise vor, dass bei Vorhandensein der Linse eine Hypermetropie von* $^1/_3$ *oder* $^1/_4$ (to znaczy 13 albo 9 Dioptryj) *beobachtet wird. Grade von* $^1/_5$ *oder* $^1/_6$ *sind weniger selten, allein durch Achsenverkürzung bedingt. Die Aphakie ursprünglich stark myopischer Augen lässt sich daher optometrisch nicht diagnosticiren“ (Ibid. B. 5. Th. 5. pag. 432).* Z przytoczonego ustępu wynika, że w razie, jeżeli pierwotna refrakcyja w przypadku kol. Wicherkiewicza była miarową lub nadmiarową, można było niemal stanowczo stwierdzić lub wykluczyć bezsoczewkowość; w razie zaś, jeżeli oko było bardzo krótkowidzące, natrafiało wprawdzie stanowcze rozpoznanie na pewne trudności, atoli:

1) Niema żadnego powodu przypuszczać, że oko to było istotnie w wysokim stopniu krótkowidzące, bo naprzód w oczach takich jaskra wydarza się bardzo rzadko, a powtóre kol. Wicherkiewicz nie przytoczył ani w artykule ani w odpowiedzi nic coby takie przypuszczenie usprawiedliwiało. Nie ma np. nigdzie wzmianki o têm, że oko okazywało wydłużenie w kierunku osi ocznéj i postać jajowatą, co w razie wysokiego stopnia myopii nie byłoby z pewnością uszło

uwagi szanownego Kolegi, lub, że przynajmniéj drugie oko (o którego refrakcyi, i o którém w ogólności kol. Wicherkiewicz wcale nic nie podaje) było w wysokim stopniu, lub w ogólności krótkowidzące.

Ale że nawet w tym razie, gdyby oko przed operacyją było w wysokim stopniu krótkowidzące, można było, uwzględniając długość osi i postać oka, jeśli niezupełnie ściśle to przynajmniéj z największem do prawdy podobieństwem, bezsoczewkowość rozpoznać lub wykluczyć. Że rzecz istotnie tak się ma, niechaj mi poświadczy Donders, który w rozdziale o rozpoznawaniu bezsoczewkowości tak pisze: *„Endlich kann der Grad der Hypermetropie, sei er durch Versuche mit Convexgläsern oder durch den Augenspiegel bestimmt, in Verbindung mit der Gestalt des Auges jeden Irrthum ausschliessen“. (Donders, die Anomalien der Refraction und Accommodation deutsche Originalausgabe von* Dr. O. Becker, *pag. 262).*

Po wytłumaczeniu, dla czego refrakcyi za pomocą wziernika nie mógł oznaczyć, tudzież przytoczeniu powodów, dla których doświadczenie Purkynego-Sansona na razie z całą ścisłością przeprowadzić się nie dało, kol. Wicherkiewicz oświadcza w ustępie końcowym odpowiedzi: „Jednakże już ścisłe badanie przy ukośném oświetleniu dawało mnie, który przypadek ten śledziłem co dzień z wielkiém zajęciem, pewną rękojmię, że soczewkę, i to jądra pozbawioną, oko operowane jeszcze posiadało, o ile spłaszczoną ona była, w to nie wchodzę“. Tutaj znów pozwolę sobie powtórzyć, co już powyżéj przy podobnym ustępie powiedziałem, a mianowicie, że badanie przy oświetleniu ukośném, choćby najściślejsze, może wprawdzie, podobnie jak inne sposoby badania np. wziernikiem, doprowadzić badającego do jakiegoś przekonania podmiotowego, dla czytelnika jednak ma ono tylko o tyle znaczenie i wartość o ile badający poda, co widział posługując się tym sposobem badania.

„Utwierdziły mnie zaś“, tak kol. Wicherkiewicz kończy swoją odpowiedź „w powyższém przekonaniu okoliczności te, że przednia komórka nie zbyt była głęboką, a wcale nie głębszą, niż po drugiéj stronie, i że tęczówka mając oparcie a nie będąc przyrosłą, nie drgała przy poruszeniach oka“.

Co do pierwszéj z tych okoliczności to przypomnę tylko, że w całym artykule jest tylko jedna wzmianka o głębokości komórki przodkowéj po operacyi, która brzmi „utworzyła się głęboka przednia komórka“ a nigdzie ani słowa o głębokości komórki oka drugiego. Prócz tego pozwolę sobie przytoczyć, co Donders o znaczeniu rozpoznawczém głębokości komórki w przypadkach bezsoczewkowości pisze: *„Oft* (a więc nie zawsze) *ist freilich die vordere Kammer sehr tief, und wir finden einen gewissen Grad von Iridodonesis; aber keine dieser Erscheinungen ist charakteristisch“. (Ibid. pag. 262).* W każdym razie komórka była „głęboką“ a że, jak kol. Wicherkiewicz w odpowiedzi pisze, nie była „zbyt głęboką“, to łatwo zrozumieć, bo to było oko jaskrawe z komórką przodkową przed operacyją „płytką nadzwyczaj“. Co do drugiéj okoliczności, mianowicie, że tęczówka nie drgała, niechaj mnie wyręczy Becker: *„Aus der Iridodonesis allein lässt sich das Fehlen der Linse nicht beweisen. weil auch bei hochgradiger Myopie peripheres Irisschlottern beobachtet wird und bei Glaskörperverflüssigung schon Iridodonesis bestehen kann, ohne dass die Linse bereits luxirt ist. Andererseits fehlt das Irisschlottern nicht selten trotz der Abwesenheit der Linse, und zwar nicht allein, wenn Synechien mit der Kapsel zu erkennen sind, sondern auch ohne irgend welche sichtbare Verwachsung“. (Ibidem, pag. 431).*

Przeszedłszy w ten sposób, ustęp po ustępie, całą odpowiedź kol. Wicherkiewicza i wyłuszczywszy swoje zapatrywania na przypadek w mowie będący uważam z swojéj strony polemikę w téj sprawie za zamkniętą i nie zabiorę w niéj głosu, chyba gdyby kol. Wicherkiewicz wystąpił z nowemi faktami i argumentami. Szanowny Kolega Wicherkiewicz zaś, tak sobie tuszę, nie weźmie mi za złe niniejszych uwag, pisanych *sine ira* choć *cum studio,* przez wzgląd, że ogłaszając je, równie jak i uwagi pierwsze, miałem jedynie wyświecenie prawdy na celu. *Prof. Dr. Rydel.*

III. Oceny i sprawozdania.

Baumgarten: **W sprawie „laseczników gruźliczych.“**

Odkrycie Kocha zdaje się i w tém być prawdopodobném do innych znakomitych odkryć, że po publikacyi pierwszéj zjawiają się powoli i inni pretendenci. Nie ulega kwestyi, że zasługi Kocha są znakomite, nie mniéj wszelako pamiętać trzeba, że myśl pierwotna jest zasługą Klebsa, którego *monas tuberculosum* dopiero teraz, acz w innéj nieco postaci, ujrzało na nowo światło dzienne.

Równocześnie prawie z Kochem odkrył inny badacz, niezależnie zupełnie, także istotę gruźlicy w postaci grzybków rozszczepnikowych. Z ostatniego numeru *„Centralblatt für medicinische Wissenschaften“* dowiadujemy się, że Baumgarten w Królewcu w Prusiech na kilka dni przed znanym wykładem Kocha w Berlinie pokazywał „bakteryje gruźlicze“ w gronie znawców, chcąc niezależnie od Kocha wyniki pewnych badań poddać umiejętnéj krytyce.

I w doświadczeniach Baumgartena szczepiono gruźlicę na króliki. Przenośnikiem, względnie treścią używaną do szczepienia były produkty perlicy bydlęcéj. Ogniska gruźlicze znalezione przy obdukcyi królików bez wyjątku zawierały niezliczoną ilość prawdziwych prątków *(echte Stäbchenbakterien).*

Najliczniéj tkwiły one w samym środku ogniska gruźliczego, w częściach obwodowych tegoż było ich mniéj. Od pomienionego obrazu żadnego nie było wyjątku i gromady grzybków tylko tam się sadowiły gdzie widocznym był naciek komórkowy (gruźliczy), tak iż grzybki stanowiły nieodłączny, imponujący prawie, składnik wszelkich zmian gruźliczych. Cechy rozeznawcze są pokrótce następujące:

1) Kształt grzybków porównywa Baumgarten z t. zw. *Bacterium termo,* do których grzybki gruźlicze mają największéj podobieństwa. Różnią się jednakowoż od nich tém, że są nieco dłuższe i węższe aniżeli B. *termo,* daléj spostrzedz można na końcach zgrubienia guziczkowate lub maczugowate, choć nie zawsze. Częstokroć nawet są one w zupełności walcowate.

2) Ważnym jest i ten szczegół, że bakteryje gruźlicze nie tworzą nigdzie kęp (t. zw. *Zooglaea*).

3) Od innych gatunków różnią się gruźlicze grzybki tém, że żadną miarą przez zabarwienie sposobem Weigerta nie można ich uwydatnić, ani nawet przy oświetleniu według sposobów dawniéj już dla grzybków podawanych przez

Kocha. Szczegóły te dozwalają rozróżnić bakteryje gruźlicze szczególniéj od grzybków towarzyszących sprawie gnicia.

4) Jedyny sposób dla odróżnienia i uwydatnienia grzybków gruźliczych polega na użyciu bardzo rozcieńczonych rozczynów ługu potasowego lub sodowego, w których należy przedsiębrać badanie skrawków; cząstki wzięte ze zwierzęcia żyjącego lub dopiero co zabitego, w wyskoku bezwodnym przez 24 godzin trzymane, są najodpowiedniejsze do badań. (W jednym przypadku ostréj gruźlicy opłucnéj i osierdzia u człowieka udało się również Baumgartenowi wykazać wzmiankowane grzybki).

Nie tu miejsce rozstrzygać, czy grzybki, które według (niedawno wyszłéj publikacyi) Aufrechta stanowią środek gruzełka, otrzymanego po szczepieniu gruźlicy, są identyczne z temi, które Baumgarten opisuje. Baumgarten stanowczo zaprzecza temu, ponieważ grzybki przez niego widziane:

a) były nieraz blizko pięć razy dłuższe niż szerokie;

b) *Cocci* i *Diplococci* nigdy w gruzełkach nie mogły być przez Baumgartena stwierdzone;

c) prątki przez Baumgartena w gruzełku widziane nie tylko sadowią się w środku gruzełka, lecz stale także i w jego częściach obwodowych.

Na jeden wszelako szczegół, odnośnie do pracy Kocha, warto zwrócić uwagę. Prątki, jakie Koch opisuje, są daleko mniejsze, nie mówiąc już o innych różnicach morfotycznych, od tych, jakie Baumgarten widział. Wspólną znów cechą tworów opisywanych jako „gruźlicze grzybki“ przez Baumgartena i Kocha jest to, że nie mogą być uwidocznione przez barwienia sposobem Weigerta.

Zachodzi pytanie, za co teraz uważać grzybki, które opisują autorowie, jako właściwe produktom gruźliczym, znane z prac Klebsa i Schüllera?

Stoimy przed zagadką, któréj rozwiązanie tak łatwém nie będzie.

Klebs, Aufrecht, Schüller i Baumgarten a w końcu i Koch, każdy z nich widzi w grzybku przez siebie wydobytym, istotę gruźlicy! Na wszelki wypadek zapowiada się na nowo żywém tętnem ruch w kierunku, w którym dotąd każde nowe odkrycie na nowo gmatwało kwestyję na pozór jasną. *Dr. Pisek.*

Dr. Sokołowski: **W sprawie leczenia klimatem swojskim** *(Climatotherapia nostras).*

Autor zdaje sprawę z leczenia w Nałęczowie 53 chorych dotkniętych chorobami narządu oddechowego. Pomyślne stosunkowo wypadki lecznicze, otrzymane w przeważnéj liczbie przypadków, za pomocą właściwego leczenia powietrznego, odpowiedniego i metodycznego odżywiania (mleko, kumys, mięso, jarzyny), umiarkowanie stosowanych zabiegów hydryjatrycznych (natarcia, natryski) i w razie potrzeby wody szczawnickiéj lub emskiéj itd. dostarczają nowego dowodu, że chorzy piersiowi nietylko w „urzędowych“ stacyjach klimatycznych, lecz w każdéj zdrowo położonéj miejscowości mogą być korzystnie leczeni. Autor przypomina i uzasadnia dawno powstałą reakcyję przeciw hurtownemu wysyłaniu chorych piersiowych do urzędowych uzdrowisk oraz odnosi świetne rezultaty lecznicze w stacyjach alpejskich nie tyle do ich wyniesienia nad poziom morza, ile do stosownéj tamże i ściśle przeprowadzanéj metody leczniczéj. Pracę swą kończy autor słowy H. Webera: przez odpowiednie zużytkowanie danych warunków ziemi ojczystéj w wielu przypadkach możemy osiągnąć téż same korzystne wyniki, jak przez pobyt w odległych miejscach kuracyjnych. (*Gazeta Lekarska*, 1882, Nr. 8 i 9). *Dr. Smoleński* (Jaworze).

Wiadomości pomniejsze.

(?) **Wziewanie kwasu siarkowodowego w gruźlicy i suchotach płuc.** Prof. A. Cantani, zachęcony doświadczeniami Froschauera co do korzystnego działania kwasu siarkowodowego w posocznicy sztucznéj u zwierząt, ogłasza w Nr. 16 *Ctrbl. f. med. Wiss.* doniesienie tymczasowe o wyniku doświadczeń nad działaniem siarkowodu w suchotach płucnych u ludzi. Chorzy znoszą dobrze wziewania tego gazu, po kilku dniach tracą gorączkę, sprawa miejscowa nie postępuje, a ilość plwocin się zmniejsza. Chorzy przez cały czas doświadczeń przebywali w pokoju, w którym wydobywał się z przyrządu siarkowód, a nadto używali wewnętrznie wody nasyconéj tym gazem.

Czy w obec tego nowego polecenia nie byłoby rzeczą pożądaną, ażeby nasi lekarze zdrojowi praktykujący u wód siarczanych zajęli się doświadczeniami w tym kierunku?

(K. G.) **Położenie i ruchy żołądka.** Według Dra Leshafta, prof. anatomii w Petersburgu, podania, jakie zwykle znajdujemy w dziełach anatomicznych co do prawidłowego położenia żołądka, są błędne. L. badał w tym względzie więcéj niż 1200 ciał zmarłych a doszedł do następnych wniosków: Żołądek nie leży, jak zwykle twierdzą, poziomo w jamie brzusznéj lecz pionowo, tak że dno dotyka przepony, krzywizna mniejsza i odźwiernik zwrócone są ku prawéj stronie a krzywizna większa ku lewéj. Żołądek jest ułożony w lewém podżebrzu a odźwiernik leży w przedłużeniu prawego brzegu mostka. Gdy żołądek się rozszerza, żadna część nie może sama zmienić położenia, lecz wszelkie równo się poruszają przez wydęcie. Urządzenie miesnych włókien żołądka jest tego rodzaju, że pokarm dostawszy się do żołądka porusza się ku odźwiernikowi, gdzie dokładnie może się zmięszać z sokami żołądkowemi a następnie zwraca się wzdłuż linii środkowéj do dna, gdzie opór jest mniejszy. Ruch ten pokarmu wzdłuż ścian do odźwiernika i napowrót wzdłuż linii środkowéj jest możliwym w skutek kształtu tego narządu a prawdopodobnie temu to ruchowi zawdzięczać wypada szczególny kształt dna żołądka. Jak wiadomo, u noworodków nie ma dna. Od postaci więc żołądka zależy długie pozostawanie pokarmów w tym narządzie w celu strawienia i powolne przechodzenie przez odźwiernik. Gdy *colon transversum* jest gazami rozdęte, może się wznieść po lewéj stronie żołądka aż do 4éj przestrzeni międzyżebrowéj a nawet aż do wysokości 4go żebra. Gdy jelito cienkie w podobny sposób jest rozszerzone, to dolna część żołądka może być ku przodowi wypartą i żołądek może przyjąć ułożenie w niéj ukośne. Nawet duży żołądek przyzwyczajony do przepełnień zachowuje ułożenie pionowe, lecz odźwiernik jest wyparty nieco ku górze i ku stronie prawéj. *(The Lancet*, 1882, I. Nr. 10).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich

Sekcyja buczacka. Na posiedzeniu dnia 9go lutego b. r. został wybrany na rok bieżący naczelnikiem Dr. Ferd. Obtułowicz, sekretarzem Dr. Edward Krzyżanowski.

Sekcyja brzeżańska. Na posiedzeniu dnia 22 stycznia b. r. wybrano naczelnikiem Dra Andrzeja Hordyńskiego z Rohatyna, zastępcą Dra Jorkasza z Brzeżan, sekretarzem Dra Tadeusza Uranowicza, członkiem biura Dra M Teitelbauma (obaj z Brzeżan). Gospodarz wybrany na trzy lata pozostaje ten sam Dr. Alb. Zauderer.

Sekcyja kołomyjska zawiązała się dnia 21 stycznia b. r., w którym to dniu 31 lekarzy oświadczyło, iż przystępują do téj sekcyi. Dziewięciu kolegów było już poprzednio członkami Towarzystwa. W skład biura weszli następujący członkowie: Dr. Maks. Rosner jako przewodniczący, Dr. Jan Karpiński jako zast. przewodn., Dr. Władysław Głaczyński jako sekretarz naukowy, Dr. Wład. Piaskiewicz jako sekretarz administr., jako gospodarz Ferall Jan, jako członkowie biura Dr. Michał Jakubowski i Stauber Adolf.

Sekcyja przemyska. Na posiedzeniu dnia 12go lutego 1882 dokonano wyboru biura sekcyi na rok bieżący: Dr. Ferdynand Cassina został wybrany naczelnikiem, tegoż zastępcą Dr. Leon Ziemiański, sekretarzem Dr. Tadeusz Dworski, skarbnikiem Dr. Haszczyc, kontrolorem Maurycy Biber. Zarazem uchwalono przedstawić Walnemu Zgromadzeniu wniosek w sprawie utworzenia stacyi meteorologicznéj w zdrojowisku Szczawnicy.

Sekcyja samborska. Na posiedzeniu dn. 25 stycznia b. r. wybrano naczelnikiem sekcyi Dra Franciszka Turka, tegoż zastępcą Dra Tymaczkowskiego, sekretarzem Dra Adama Pulmana, gospodarzem Dra Maksymowicza.

Sekcyja sanocka. Na posiedzeniu dnia 28go stycznia b. r. wybrano naczelnikiem sekcyi Dra Józefa Wienkowskiego, zast. przewodn. Dra Władysława S alskiego, sekretarzem Dra B. Grünhauta, gospodarzem Dra Chamaidesa, członkami biura Dra Miecz. Skalskiego i Dra Henryka Lica.

Sekcyja sokalska. Dnia 28 stycznia b. r. odbyło się posiedzenie w Mostach i wybrano do biura sekcyi Dra Antoniego Broniowskiego jako przewodniczącego, Dra Ant. Jakubowicza z Karowa jako zastępcę, Dra Włodz. Hrycykiewicza jako sekretarza naukowego, weter. powiat. Brunona Eitelberga jako sekret. admin., Julijana Mańkowskiego gospodarzem, Józefa Markla i Maurycego Rosenkranza jako członków biura.

Sekcyja stanisławowska. Dnia 28 stycznia wybrano Dra Mroczkowskiego przewodniczącym, Dra Zaleskiego zastępcą, sekretarzem Dra Lachawca, skarbnikiem Dra Józefa Frankfurtera, kontrolorem kolegę Gradera.

Sekcyja złoczowska. Dnia 13 stycznia b. r. wybrano przewodniczącym Dra Krziża, zastępcą Dra Bodka, skarbnikiem Dra Wysockiego, sekretarzem Dra Hommego. Skarbnik dotychczasowy Dr. Wysocki wykazuje stan kasy sekcyi, z którego okazuje się, iż Sekcyja posiada w początku r. 1882 w kasie oszczędności 47 złr. 7 $^{1}/_{4}$ ct. w. a.

V. Smiertelność w większych miastach Galicyi w r. 1881.

Przez Dra Józefa Merunowicza,
c. k. lekarza powiatowego.

W roku ubiegłym ogłosiłem w 12 numerze Przeglądu Lek. wynik statystycznego obliczenia smiertelności w dziewięciu najludniejszych miastach Galicyi w roku 1879 i 1880. Obecnie podaję wynik obliczenia za rok 1881.

W ciągu r. 1881 umarło w 9 miastach (Lwów, Kraków, Brody, Drohobycz, Kołomyja, Przemyśl, Stanislawów, Tarnopol i Tarnów) razem 11.510 osób, w r. 1880: 12.507, w r. 1879: 10.538, czyli na 1000 ludności (według wyniku konskrypcyi z r. 1880) zmarło w r. 1881: 34.6 osób, w r. 1880: 38.3, w r. 1879: 32.9. Rok ubiegły był przeto pomyślniejszym niż r. 1880, lecz zawsze jeszcze mniéj pomyślnym niż r. 1879. W ogóle zaś śmiertelność w naszych miastach była znacznie większą, niż w miastach Państwa niemieckiego, w których umarło w przecięciu w latach 1877, 8 i 9 tylko 26.8 pro mille, w r. 1880 zaś 27 pro mille.

Główną przyczyną śmierci w r. 1881 były choroby narządu oddechowego, gdyż ogółem zmarło z téj przyczyny 3·847 osób czyli 33·3% wszystkich zmarłych, czyli na 10.000 ludności zmarło 116. W r. 1879 był w naszych miastach z téj przyczyny stosunek śmiertelności 30·12%, w r. 1880: 32·5%, w miastach Państwa niemieckiego w r. 1877: 26·8%, w r. 1878: 23·8%, w r. 1879: 25·0%, w r. 1880 zmarło na 10·000 ludności z chorób narządu oddechowego 61·6 osób. Podczas gdy w miastach niemieckich śmiertelność z tych chorób stale się zmniejsza od lat kilku, w naszych miastach, mimo i tak już wysokiéj cyfry, stosunek ten pogarsza się stopniowo w ostatnich trzech latach.

Drugą główną przyczyną śmiertelności były choroby zakaźne, gdyż umarło z téj przyczyny w r. 1881 osób 1·997, czyli 16.9% wszystkich zmarłych, czyli na 10.000 ludności zmarło 60·1 osób z chorób zakaźnych, w miastach zaś niemieckich w r. 1880 zaledwie tylko 30·0, a w przecięciu w latach 1877, 8 i 9: 30·3 osób na 10.000 ludności. Najwięcéj z wszystkich chorób zakaźnych zabrała ofiar dyfteryja, gdyż śmiertelność z téj choroby wynosiła u nas w r. 1881: 5·24%, w r. 1880: 4·49%; daléj ospa, z któréj umarło w r. ubiegłym 324 osób czyli 2·81%, w r. 1880: 2·43%. O ile zaś pod tym względem w miastach niemieckich jest stosunek korzystniejszym, dowodzi iż w tych miastach z ludnością blizko 8 milijonów wynoszącą zmarło w r. 1880 ogółem z ospy tylko 135 osób, czyli na 10.000 ludności umarło 0·20 osób, a w przecięciu w latach 1877, 8 i 9 na taką samą ilość ludności tylko 0·10 osób, u nas w r. 1881 zaś 9·4 na 10.000. Ponieważ ta śmiertelność z powodu ospy nie jest przypadkową, lecz stale od lat kilku utrzymującą się, jest to najlepszym dowodem, o ile w Niemczech przymus szczepienia przyczynia się do złagodzenia téj tak strasznéj choroby, a z drugiéj strony jest to dowodem, jak mało w naszych miastach bywa szczepionych. Po ospie najwięcéj przypadków śmierci było z tyfusu brzusznego 238, czyli 2·06% zmarłych, daléj z płonicy, z odry i krztuśca, z tyfusu plamistego i czerwonki.

W ogóle śmiertelność z chorób nagminnych była w r. 1881 w naszych miastach nieco mniejszą niż w latach poprzednich, prawie o 0·40%, w każdym jednak razie była bardzo wysoką.

Co do wieku zmarło w r. 1881 dzieci niżéj roku 2.980, co czyni 25·9% zmarłych, od roku zaś do lat pięciu 1.853, co czyni 16·1%, razem dzieci do lat pięciu 42% wszystkich zmarłych. W stosunku zaś do ludności umarło na 10.000 mieszkańców dzieci niżéj roku 89·4 od jednego roku do lat pięciu 55·8, razem do lat pięciu 145·2, w roku zaś 1880: 162, w r. 1879: 146, a zatém śmiertelność dzieci w r. 1881 równa się śmiertelności z r. 1879 i jest mniejszą od tejże w r. 1880. We wszystkich miastach Państwa niemieckiego umarło w r. 1880 dzieci niżéj roku 101·8, od roku do lat pięciu 39·2, razem dzieci do lat pięciu 141, w przecięciu w latach 1877, 8 i 9 tylko 138·1, a zatém w ogóle zawsze mniéj niż w naszych miastach. Zachodzi jedynie ta różnica, że w miastach Państwa niemieckiego mniéj dzieci urodzonych przeżyje pierwszy rok życia, u nas zaś więcéj dzieci umiera od drugiego do piątego roku. W wieku od lat sześciu do dwudziestu umarło w r. 1881 u nas 1001 osób czyli na 10.000 ludności 30 osób, w miastach państwa niemieckiego stosunek w tym wieku zmarłych wynosi zaledwie połowę powyższéj cyfry, tj. 15 do 16, jak się o tém z wykazów ostatnich czterech lat przekonywamy.

Przechodzę teraz do skreślenia stosunków pojedynczych miast.

We Lwowie umarło w r. 1881: 3.617 osób, w r. 1880: 4.134 czyli na 1000 mieszkańców w r. 1881: 32·5, w r. 1880: 37·4, a zatém rok ubiegły był znacznie pomyślniejszym, przyczyną tego była mniejsza śmiertelność z chorób zakaźnych i zapalenia jelit. O ile śmiertelność z chorób zakaźnych we Lwowie jest najmniejszą z naszych miast, wynosi bowiem 9·4% zmarłych, o tyle śmiertelność z chorób narządu oddechowego jest najwyższą, gdyż niemal 40% zmarłych. Z chorób zakaźnych uległo dyfteryi osób 124, czyli 3·42%, dalej ospie uległo 75 osób, czyli 2·07% zmarłych, inne choroby zakaźne występowały jedynie sporadycznie. Najwięcéj w ogóle umarło w pierwszym kwartale, potém w drugim, najmniéj w trzecim; przyczyną tego wahania były choroby narządu oddechowego. Śmiertelność dzieci jest małą, gdyż dzieci do lat pięciu między zmarłymi było tylko 35·5%, czyli na 10.000 ludności umarło dzieci 116, najwięcéj w drugim kwartale. We Lwowie umarło téż odpowiednio do tego korzystnego stosunku śmiertelności dzieci najwięcéj starców wyżéj 60 roku życia, gdyż 19% zmarłych przekroczyło rok 60 życia, tylko Tarnopol i Brody dorównywają poniekąd w tym kierunku miastu Lwowowi.

W Krakowie od lat trzech wzmaga się śmiertelność bardzo znacznie, i tak w r. 1879 umarło tylko 1.786 osób, w r. 1880 już 2.307, w r. ubiegłym 2.497, czyli na 1.000 umarło w tych latach 2·.6, 34·8 i 36·8 osób. Szczególnie wzrasta śmiertelność z chorób zakaźnych, 16·2% zmarłych, 19·56%, w r. 1881: 24·4%. Najwięcéj umarło w r. 1881 z powodu odry 4·2% zmarłych, daléj z błonicy 3·7%, daléj z ospy, która od lat kilku wcale nie wygasła w Krakowie, 3·6%, daléj z tyfusu plamistego 3·2%, wreszcie z szkarlatyny 2·8%, inne choroby zakaźne występowały sporadycznie. Chorobom narządu oddechowego uległo w Krakowie 903 osób czyli 36·1% zmarłych, pod tym względem Kraków zajmuje po Lwowie drugie miejsce w rzędzie innych miast kraju naszego. Śmiertelność dzieci jest większą niż we Lwowie, a mianowicie między dziećmi od roku do lat pięciu, dzieci niżéj roku umarło nieco mniéj. W ogóle zaś najwięcéj umarło osób w drugim kwartale, przyczyną tego były choroby płuc i epidemija odry, najmniéj w trzecim kwartale.

Również i w Brodach wzmaga się od lat trzech śmiertelność, a to głównie z powodu wzmagania się chorób zakaźnych. Na 1.000 mieszkańców umarło w r. 1879 osób 29·7, w r. 1880: 33·4, w r. zaś 1881: 37·3. Z szkarlatyny umarło 64 osób, co czyni 8·5% zmarłych, z ospy zaś 60 osób, co czyni 8·1% zmarłych, są to cyfry nader wysokie, także z dyfteryi umarło 31 osób, 4·0%. Co do śmiertelności z chorób narządu oddechowego zajmują Brody od lat kilku najpomyślniejsze miejsce w rzędzie innych miast kraju. Niemal połowa wszystkich zmarłych były dzieci niżéj lat pięciu. Największa śmiertelność przypada na czwarty kwartał roku, w którym to czasie ospa i szkarlatyna najsilniéj panowały.

W Drohobyczu była śmiertelność w r. 1881 jakkolwiek znaczną lecz bez porównania mniejszą niż w obu latach poprzednich. Podczas gdy w r. 1879 zmarło na 1.000 ludności 49 osób, w r. 1880: 47·8, umarło w r. 1881 tylko 36·7 osób. Z chorób zakaźnych panował jedynie tyfus brzuszny, który był w 54 przypadkach przyczyną śmierci, tj. 8·06 % zmarłych, inne choroby zakaźne nie miały cechy nagminnéj. Najczęstszą przyczyną śmierci były ostre choroby narządu oddechowego. Śmiertelność dzieci jest znaczną, gdyż na 10.000 ludności umarło dzieci do lat pięciu 168, jednak pod tym względem jest w roku 1881 znaczne polepszenie. Największą była w ogóle śmiertelność w pierwszym i drugim kwartale, najmniejszą w trzecim.

(Dokończenie nastąpi).

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 9—15 kwietnia wzniosła się ogólna śmiertelność w Krakowie z 36,7; do 44,2 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 2 (4 z. t.), z płonicy 1 (0 z. t.), z błonicy 2 (0 z. t.), z duru brzusznego 1 (1 z. t.), z duru osutkowego 3 (6 z. t.), z róży 0 (1 z. t.). W tymże czasie doniesiono o 3 przypadkach płonicy, 5 odry, 2 błonicy, 17 duru osutkowego (2 z kryminału, 2 ze szpitala, 8 z III obwodu, 4 ze wsi). W tygodniu od 12—18 marca ospa w Londynie pozostała niezmienną. Umarło 8, leczyło się w szpitalach 400, świeżo zapadło 64. W Budapeszcie umarło 5, w Petersburgu 6, w Wiedniu 25, w Pradze 7, w Paryżu 16, w Warszawie 47, w Chrystyjanii 2, w Madrycie od 9—15 stycznia 42, w Lizbonie od 15—21 stycznia 15. Odra łagodnieje w Kopenhadze gdzie było chorych 549, umarło 25. Z duru osutkowego umarło w Amsterdamie 4, w Wiedniu i w Warszawie po 3, w Londynie 2. W większych miastach Północnéj Ameryki wymierało wiele w połowie lutego z ospy, płonicy i błonicy. Od 1—15 lutego umarł 1 w Rio de Janeiro z febry żółtéj.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 16—22 kwietnia śmiertelność ogólna spadła z 44,2 na 39,0, w obliczeniu nl rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarł 1 (2 z. t.), z płonicy a (1 z. t.), z błonicy 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.), z duru osutkowego 2 (3 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach ospy, 1 odry, 1 płonicy, 1 krztuśca, 1 róży, 18 duru osutkowego (3 z I obw., 3 z II obw., 7 z III obw., 5 ze wsi). W tygodniu od 19—25 marca ospa złagodniała w Londynie. Leczyło się w szpitalach 377, świeżo zapadło 62, umarło 13. W Wiedniu umarło z ospy 34, w Budapeszcie 7, w Petersburgu 8, w Odesie 2, w Saragosie 3, w Pradze 2, w Paryżu 13, w Warszawie 45, w Madrycie od 16—22 stycznia 50, w Lizbonie od 12—18 lutego 9. Odra rozszerzyła się bardziéj w Wiedniu, Paryżu, Londynie, złagodniała w Edynburgu i Kopenhadze. Krztusiec zabrał w Londynie 190 ofiar. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 11, w Wiedniu Maladze i Murcyi po 3, w Budapeszcie i Warszawie po 2.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 10—18 marca umarło na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 41,2; we Lwowie 43,1; w Poznaniu 18,1; w Wiedniu 39,0; w Budapeszcie 40,4; w Pradze 43,3; w Tryjeście 37,8; w Berlinie 26,2; w Wrocławiu 37,8; w Gdańsku 26,9; w Mnichowie 41,9; w Dreźnie w 25,9; w Lipsku 27,3; w Bazylei 24,4; w Brukseli 26,8; w Amsterdamie 27,4; w Hadze 27,8; w Paryżu 28,4; w Londynie 22,7; w Kopenhadze 27,6; w Stokholmie 21,9; w Chrystyjanii 26,4; w Petersburgu 39,3; w Odesie 34,7; w Wenecyi 32,3; w Bukareszcie 25,7; w Madrycie 58,3; w Lizbonie 39,5; w Aleksandryi 28,7; w Nowym Yorku 36,2; w Filadelfii 27,3; w Bombayu 34,4; w Madrasie 44,1.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 19—25 marca umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 47,3; we Lwowie 36,2; w Poznaniu 30,0; w Wiedniu 44,4; w Budapeszcie 41,1; w Pradze 37,2; w Tryjeście 32,4; w Berlinie 22,6; w Bazylei 27,7; w Brukseli 24,2; w Amsterdamie 25,3; w Hadze 21,9; w Paryżu 30,1; w Londynie 24,5; w Kopenhadze 31,0; w Stokholmie 16,7; w Chrystyjanii 21,7; w Petersburgu 36,6; w Odesie 32,1; w Wenecyi 25,0; w Bukareszcie 27,0; w Madrycie 63,9; w Lizbonie 40,1; w Aleksandryi 27,7; w Nowym Yorku 43,5; w Filadelfii 27,9; w Bombaju 32,6; w Madrasie 45,3.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 maja. W sprawie Izb lekarskich otrzymaliśmy list następujący;

Wedle doniesienia dzienników politycznych miało Koło posłów polskich w Radzie państwa uchwalić na zebraniu swém z d. 23 kwietnia br., że członkowie jego będą w Izbie poselskiéj głosować za odrzuceniem projektu ustawy o Izbach lekarskich (p. Przegląd Nr. 17, str. 214), gdyby zaś rozprawa szczegółowa została mimo to postanowioną, głosować przeciw § 2mu, który stanowi oś całego projektu. Kto się w Kole tak przysłużył lekarzom, nie wiadomo. Tajnemi również są motywa zapadłéj uchwały. Te bowiem, które dzienniki podają, świadczą o tak gruntownéem nierozumieniu rzeczy, że nie podobna ich imputować poważnemu zgromadzeniu. Cokolwiekbądź atoli wpłynęło na uchwałę Koła, to jedno nie ulega wątpliwości, że Koło widocznie nie mogło być w téj sprawie dobrze poinformowaném. Inaczéj uchwała, jaka zapadła, byłaby niepojętą. Celem więc lepszego obznajmienia posłów naszych ze sprawą, o któréj rzecz, prezydyjum Tow. lek. galic. wysłało d. 27 kwietnia telegraficzną prośbę do prezesa Izby poselskiéj Dra Smolki, aby raczył wstrzymać oddanie projektu ustawy pod obrady Izby, następnie zaś zwołało posiedzenie Rady zawiadowczéj Towarzystwa, a ta, zebrawszy się d. 29 kwietnia, uchwaliła wysłać przedstawienie pisemne do koła polskiego, czemu się téż stało zadość szybko, gdyż już nazajutrz. Równocześnie sprawą Izb lekarskich zainteresował się Wydział Stowarzyszenia istniejącego we Lwowie pod nazwą Koła politycznego. Aby zyskać na czasie wysłał i on do prezesa Smolki telegram równobrzmiący z telegramem Tow. lek. gal., nadto polecił członkowi swemu Drowi Riegerowi przedłożyć na posiedzeniu pełném Koła z d. 1 maja b. r. projekt przedstawienia posłom naszym korzyści Izb lekarskich. O krokach uchwalonych w téj saméj sprawie przez Tow. lek. krakowskie na posiedzeniu z d. 26 kwietnia br. doniesiono już w Nrze 17 Przeglądu na str. 216. Czy te wszystkie usiłowania zdołają naprawić jeszcze skrzywiony bieg sprawy, okaże przyszłość zapewne niedaleka.

Dr. R.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Wydział lekarski przedstawił następujących kandydatów na opróżnioną po Klebsie katedrę anatomii patologicznéj: na 1ém miejscu prof. Neumanna w Królewcu, na 2ém nadzw. prof. Eppingera w Pradze, a na 3ém docentów wiedeńskich Chiarego i Weichselbauma. W obec niechęci Rządu obecnego do powoływania uczonych zagranicznych, najprawdopodobniéj mianowany będzie prof. Eppinger. — **Wiedeń.** N. Pan potwierdził uchwałę Wydziału lek. względem mianowania chemika prof. Ludwiga honorowym doktorem medycyny.

* **Wiadomości osobowe.** Przy awansie majowym mianowani zostali: Dr. Adolf Ressig lekarzem sztabowym i naczelnym lekarzem garnizonu w Zadarze w Dalmacyi; lekarzami pułkowymi Iszéj klasy Dr. Albin Padalewski w 57 i Dr. Leon Feingold w 71 pułku piechoty; starszymi lekarzami w armii czynnéj Dr. Hieronim Maliszewski w 56, Dr. Jan Wolter w 32, Dr. Antoni Fojarewicz w 10 pułku piechoty i Dr. Samson Freudenthal w szpitalu garnizonowym w Krakowie; starszym lekarzem w rezerwie Dr. Kazimierz Szymkiewicz w 7 pułku ułanów.

Nekrologija. Jeszcze 28 lutego r. b. zakończył życie w Panamie Dr. Saladyn Wiktor Ramlow, wiadomość jednak o śmierci jego teraz dopiero doszła do kraju. Urodził się w r. 1839 w Wąchocku, gdzie ojciec jego był lekarzem górniczym. Ukończywszy gimnazyjum w Kielcach rozpoczął w r. 1858 nauki lekarskie w Szkole głównéj warszawskiéj. W r. 1861 zmuszony do podjęcia podróży na północny Wschód nagle, żądny nauki, zmienił kierunek i przez Konstantynopol dostał się do Paryża, gdzie postanowił kończyć nauki lekarskie. Przerwawszy je raz jeszcze w r. 1863, dopiero w r. 1867 napisawszy rozprawę inauguralną: *Du traitement de la vaginite* otrzymał stopień Dra medycyny w Uniwersytecie Paryzkim. Miłujący gorąco wszystko co polskie zaraz po ukończeniu nauk lek. brał czynny udział w pracach Paryzkiego Towarzystwa lekarzy polskich i czas jakiś był jego biblijotekarzem. Przy życzliwości i opiece, jaką go dla zdolności i przymiotów otaczali profesorowie Civiale, Trousseau a szczególniéj Nélaton, wkrótce udało mu się wyrobić sobie rozległą praktykę lekarską w Paryżu. W czasie wojny francuzko-pruskiéj, gdy Towarzystwo Krzyża Czerwonego organizowało ruchome kolumny lekarskie, z jedną z nich wyruszył w pole i znalazł się w Metzu, gdzie przebył oblężenie. Po przebyciu ciężkiéj choroby w Bordeaux był następnie prawą ręką naczelnego lekarza armii Gambetowskiéj, a po jéj rozbiciu przybył do Paryża i w chwili wkroczenia Wersalczyków z poświęceniem ratował ofiary osłonięty przed wściekłością żołnierzy ubiorem lekarza wojskowego. Po wojnie stale zamieszkał i oddawał się z powodzeniem praktyce lekarskiéj w Paryżu, założył tam nawet przed kilku laty prywatny *Maison de santé.* W roku zeszłym zawarłszy układ z Lesepsem udał się do Panamy, jako lekarz kompanii przekopu Panamskiego. Tam zbierał okazy, aby niemi zasilić muzea krajowe w nadziei, że los dozwoli mu wrócić do kraju i w nim na pożytek jego pracować. Oto krótkie szczegóły odnoszące się do życia ś. p. Ramlowa. Wspomnieniem ich chcę oddać cześć pamięci kolegi, który obok cnót prawości i miłości do kraju odznaczał się wybitnemi zdolnościami. Zanim okoliczności dozwoliły mu użyć ich na pożytek kraju nieubłagana śmierć przerwała nagle i nadzieje i pasmo dni zacnego żywota. Niechaj choć obca lekką mu będzie ziemia! *Dr. Grabowski.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 17: Korczyńskiego: Pierwsze przypadki nagminnego zapalenia opon mózgo-rdzeniowych w Krakowie między r. 1868 a 1871; Pawińskiego: O tak zwanym połowiczym skurczu serca (c. d.); w *Medycynię* Nr. 17: Korczyńskiego: Uwagi i spostrzeżenia kliniczne. II Kurcz gardziela z przyczyny wrzodu błoniczego. Przedziurawienie gardziela. Żywienie enemami Leubego. Wyzdrowienie.

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. RADZISZEWSKI: Lubień. Wynik rozbioru chemicznego zdroju „Ludwika.“ Lwów 1882, in 8vo str. 16.

Dr. A. ŚWIRSKI: Iwonicz w r. 1881, Jasło 1882, in 8vo min Str. 48.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we środę d. 10go b. m. posiedzenie zwyczajne, na którém 1) kol. prof. Korczyński przedstawi kilku chorych z swojéj kliniki, 2) kol. Dr. Machek mówić będzie: o jodoformie w chorobach ocznych.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we wtorek dnia 9go maja r. b. o godz. 5éj po południu w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém prof. Dr. Korczyński poda wiadomość: O wodzie gorzkiéj Morszyńskiéj w porównaniu z innemi wodami gorzkiemi.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 13 maja 1882. № 19. Rok XXI.

I. Ciekawy przypadek dwukrotnego wycięcia kawałków jelita — wyzdrowienie; kilka uwag o technice operacyjnéj na podstawie nowopodjętych doświadczeń.

Podał Dr. Rydygier.

Obecnie tak często wykonywa się wycięcie kawałków jelita, że ogłaszanie każdego przypadku z osobna zdaje się być zbytecznêm, jeżeli inne powody i szczegóły ciekawe do tego nie uprawniają. Takiego właśnie rodzaju jest przypadek, który poniżéj opiszę, a który — o ile z dostępnéj mi literatury przekonać się mogłem — jest jedynym w swoim rodzaju. W końcu dołączę zarazem kilka uwag o technice operacyjnéj uzupełniających dawniejszą moją pracę: „O wycinaniu okręgowêm kawałków jelita z następnêm zeszyciem obu odcinków“ (Przegl. Lek. 1881 i *Berl. klin. Woch.*)

P e s k o w s k i Adolf, 14 l. liczący, miał od dziecięctwa przepuklinę po prawéj stronie. Paska przepuklinowego używał dopiero od roku dziesiątego; z takowym mógł wszelkie prace, jakich od niego wymagano, swobodnie wykonywać. Tylko niekiedy — jak chory utrzymuje przy zmianie powietrza — bóle w okolicy przepukliny i w prawém udzie się rozprzestrzeniające nie dozwalały mu swobodnych ruchów.

W końcu października 1881 r., zatrudniony z drugim towarzyszem składaniem ziemniaków do kopca, został przez niego silnie popchnięty i wpadł w dół. W chwili wstrząśnienia w skutek upadku zdawało mu się, jakoby się coś w żywocie zerwało. Od tego czasu nie było już można przepukliny odprowadzić; na drugi dzień nastąpiły wymioty i stolec częsty, bardzo wolny, mocno cuchnący.

We trzy tygodnie po opisanym przypadku potworzyły się na mosznach — jak się chory wyraża — „wrzody“. Pomocy lekarskiéj mimo to nie zawezwano, aż wreszcie w styczniu b. r. stan chłopca prawie zupełnie opuszczonego — jest dzieckiem nieprawego łoża — nakłonił opiekuna do zawezwania lekarza, który natychmiastowe odwiezienie chorego do zakładu celem wykonania operacyi zalecił, co też niezwłocznie nastąpiło.

Chory w chwili przyjęcia do kliniki, dnia 14 stycznia b. r., znajdował się w rozpaczliwym stanie: nędznie odżywiony, cuchnący kałem; rokować należało nader niepomyślnie, zwłaszcza że ciepłota wynosiła tylko 36,3°C., a tętno słabe dochodziło do 116 uderzeń w minucie. P r z y s z c z e g ó ł o w ê m b a d a n i u o k o l i c y p a c h w i n o w é j znaleźliśmy przepuklinę pachwinową zewnętrzną, wielkości dwóch pięści spuszczającą się do moszen. Skóra na mosznach i w okolicy pachwinowéj mocno zaczerwieniona, powalana kałem i ropą, przy dotknięciu bolesna. Po oczyszczeniu roztworem kwasu karbolowego odnośnych części spostrzegliśmy otwór w przedniéj górnéj okolicy moszen wielkości grochu, z którego wydobywała się ropa gęsta koloru żółtawego, cuchnąca kałem; około 2cm. poniżéj znaleźliśmy miejsce chełbocące, a drugie znajdowało się ponad więzem Pouparta w okolicy zewnętrznego otworu kanału pachwinowego. Na tylnéj ścianie moszen spostrzegliśmy bliznę wciągniętą, która powstała, podług opowiadania chorego, z wrzodu wydzielającego także kał z ropą zmięszany.

R o z p o z n a n i e: przepuklina pachwinowa zewnętrzna prawéj strony; przetoki kałowe i zapalenie worka przepuklinowego. Przyczyny zapalenia i przetok szukać należy w urazie w skutek wpadnięcia do dołu: czy wtenczas nastąpiło uwięzgnienie przepukliny, lub też pęknięcie jelita w przepuklinie się znajdującego, nie śmiem rozstrzygnąć, pierwsze zdaje się być prawdopodobniejszém.

Ze względu na ogólne osłabienie chorego i zapalenie miejscowe ropiaste odroczyliśmy operacyę; tymczasem zaś okładano chore miejsce kompresami karbolowemi. Miejsca chełbocące, powyżéj wspomniane, nacięliśmy ostrożnie i we wszystkie otwory zaprowadziliśmy sączki. Choremu podawano silne pożywienie i wino. Po kilku dniach stan ogólny chorego polepszył się: ciepłota wynosiła 36,9°C.—37,1°C., tętno 96; zapalenie skóry ustąpiło; z przetok wypływa cza-

sem kał; wydzielanie ropy ustało. Po dwóch tygodniach nie można już było sączków wprowadzić; przetoki naprzemian się zamykały i otwierały; przepuklina zmieniała swą wielkość niekiedy w bardzo krótkim czasie; stolec zawsze wolny.

W końcu stycznia chory począł się skarżyć na bóle powstające od czasu do czasu w okolicy przepukliny. Postanowiliśmy więc przystąpić do operacyi, którą też 7go lutego wykonaliśmy. Poprzednio przygotowano pokój jak zwykle do laparotomii.

Nacięcie poprowadziłem wzdłuż moszen początkowo tylko aż do więzu Pouparta. Z pod skóry wydobywała się gdzieniegdzie po przecięciu ropa, którą starannie tamponikami z waty salicylowéj zawiniętéj w gazę Brunsa wycierano. Ostrożnie, po większéj części trzonem noża i palcami, staraliśmy się oddzielić jelita zawarte w przepuklinie: liczne zrosty i zwyrodniała tkanka utrudniały nadzwyczaj przebieg operacyi; tkanka w niektórych miejscach tak była zwyrodniałą, że trudno było jelito od innych części odróżnić, gdzieniegdzie urywało się pod palcami. Po mozolnéj pracy udało mi się oddzielić od reszty moszen stwardniały pęk, z którego w kilku miejscach pod naciskiem wydobywała się ropa. Pomimo że pęk ten mógł być tylko zwojem jelit tworzących przepuklinę, nie zdołaliśmy pojedyńczych pętli pooddzielać dla zrostów i rozdzierającéj się tkanki. Wreszcie dotarłem w okolicę więzu Pouparta i kiedy powoli oddzielam coraz to wyżéj szypułkę wspomnianego kłębu, naraz bez użycia większéj siły pętlę zatrzymuję w ręku oddzieloną nieomal zupełnie. Dla zapobieżenia wypływowi kału postanowiliśmy powyżéj naddarcia cały pęk podwiązać i odciąć zupełnie, tém więcéj, że otwory liczne w téj części jelit nie dozwalały odprowadzenia ich do jamy brzusznéj. Nitka podwiązująca miała zarazem służyć do odszukania końców wyciętego jelita, w razie gdyby się w jamę brzuszną wsunęły.

Następnie przedłużyliśmy cięcie ponad wiąz Pouparta i otworzyliśmy jamę brzuszną w długości około 5cm. w bok prawy od linii białéj. Ponad więzem Pouparta znajdowała się, jak to wspomnieliśmy przy *status presens*, osobna przetoka. Znaleźliśmy teraz, że druga pętla jelit miała przedziurawioną wypukłą swą ścianę, który to otwór miał 1,5cm. średnicy i brzegami był przyrośnięty do brzegów otworu w ścianach brzusznych. Skomplikowany ten stan postanowiłem usunąć w następujący sposób: zamierzałem odszukać najprzód podwiązane i przecięte końce jelita w szypułce, okrwawić je i zeszyć, a następnie wyciąć okrągły kawał jelita, w którym się dopiero co opisana przetoka znajdowała i odcinki także szwem połączyć. Tymczasem nie udało się na prędce dalszego ciągu podwiązanych jelit odszukać, gdyż ginęły w licznych zrostach, a chory wycieńczony i słaby już przed operacyją, zapadł zupełnie tak, iż spiesznie trzeba było operacyję kończyć. Przyszyłem więc brzegi przetoki do rany ścian brzusznych (jedwabiem), a nitkę podwięzującą szypułkę umocowałem w górnéj części rany tuż poniżéj przetoki. Resztę rany brzusznéj i ranę w mosznach zaszyłem wprowadziwszy poprzednio sączki. Na ranę nasypano jodoformu i założyliśmy zwykły opatrunek przeciwgnilny. Po kilku godzinach musieliśmy go jednak zmienić; tylko moszna ujęliśmy w opatrunek, a na otwór zamieniony na nieprawidłowy odbyt *(anus praeternaturalis)* nałożyliśmy lekko gruby i szeroki pokład waty salicylowéj, którą często przesiąkniętą kałem zmieniano. Ranę w mosznach opatrywaliśmy co drugi dzień, skracając za każdym razem sączek, który razem ze szwami 11go dnia zupełnie wyjęto, gdyż wysięku z rany żadnego nie było. Z odbytu nieprawidłowego wydobywał się w godzinę po spożyciu potraw kał składający się z masy ciekłéj i rzadkiéj, żółcią zabarwionéj, w któréj dużo niestrawionych cząstek było zawartych. Odpowiednio do tego chłopak miał apetyt bardzo dobry, kilka razy dziennie żądał pokarmu. W dalszym przebiegu aż do następnéj operacyi nie ma nic ważnego do nadmienienia; ciepłota nie podniosła się po operacyi nigdy nad 37,1°C., tylko tętno w pierwszych dwóch dniach było bardzo liczne (do 140). Mimo nietrawienia znacznéj części spożytych pokarmów chłopak nabiera coraz więcéj sił i tuszy i niezważając na zakaz wydziera się z łóżka nie czując żadnych dolegliwości. Otwór nieprawidłowy coraz bardziéj się zmniejsza, a podwiązana szypułka coraz głębiéj do jamy brzusznéj się wciąga, aż nareszcie podwiązka odpadła i szypułka nam zniknęła. Nasza obawa, że po podwiązaniu nastąpią zaburzenia w skutek przerwania drożności kanału pokarmowego, okazała się płonną; sądziliśmy więc, że nieprawidłowy odbyt znajduje się powyżéj podwiązania i to było mylném, jak się późniéj okazało.

P ę t l a w y c i ę t a z przepukliny ma długość na stronie wypukłéj 27cm., a na wklęsłéj 19cm.; należy do jelita cienkiego; jedna połowa bardzo zwężona.

(Dok. nastąpi).

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Skreślił Prof. Dr. Blumenstok.

Przystępując niniejszém do ogłoszenia orzeczeń sądowolekarskich, wydawanych przez Wydział nasz lekarski, poczuwam się do obowiązku wyjaśnienia kilku słowy znaczenia i wartości tego przedsięwzięcia, oraz wyłuszczenia sposobu, w jaki przedmiot traktować zamierzam, aby stał się pożytecznym dla czytelnika.

Według § 126 ustawy o postępowaniu karném, u nas obowiązującéj, w razie zachodzących sprzeczności pomiędzy znawcami lekarzami lub chemikami, daléj w razie, jeżeli orzeczenie ich jest niedokładném, wreszcie jeżeli przypadek w ogóle jest ważnym lub trudnym do rozstrzygnięcia, Sądy mogą zasiągać zdania Wydziału lekarskiego w krajach reprezentowanych w Radzie Państwa. Według przepisu tego w o l n o wprawdzie Sądom np. galicyjskim zasiągać zdania Wydziału wiedeńskiego, prażskiego itd., ale swoboda ta nie ma znaczenia praktycznego, odkąd język polski jest urzędowym w Sądach galicyjskich. Z tego powodu w razie potrzeby wszystkie bez wyjątku Sądy nasze udają się po radę do Wydziału lek. w Krakowie, który tym sposobem rozporządza materyjałem najciekawszym, bo składającym się z przypadków najtrudniejszych, zdarzających się na całym obszarze kraju, podczas gdy lekarz sądowy, choćby najbardziéj zajęty, rozporządza tylko materyjałem, ograniczającym się do obrębu pewnego Sądu. Materyjał zaś tak rozległy, odźwierciedlający stosunki całego kraju, mojém zdaniem nie powinien leżeć odłogiem w aktach sądowych lub wydziałowych, lecz powinien być spożytkowany na korzyść piśmiennictwa naszego i samych lekarzy sądowych, którzy z niego dowiedzieć się mogą o ważnych przypadkach, sobie nieznanych a w sposób najodpowiedniejszy rozstrzyganych.

Wiem bardzo dobrze, że zbiory orzeczeń sądowolekarskich straciły dużo na wziętości u lekarzy, — ale też w in-

teresie nauki i lekarzy nie pragnę wcale, aby odzyskały tę dawniejszą wziętość. Był czas, kiedy lekarz rozpoczynający praktykę przedewszystkiém postarał się o zbiór recept i o zbiór „*Visa et reperta*“, według pierwszego zamierzając leczyć swych chorych, według ostatniego zaś radzić Sądom. Zbiory orzeczeń w takich rękach i w tym celu używane nie tylko nie mogły być pożytecznemi, ale stać się musiały szkodliwemi. A jednak mogą one i teraz jeszcze mieć wielką doniosłość, jeżeli się ich nie uważa za formularz do pisania orzeczeń, lecz za to, czém istotnie są i być powinny, t. j. za wskazówkę naukową, jak w przypadkach trudniejszych i wątpliwych postępować należy. Nic dziwnego, że lekarz na prowincyi, zmuszony znać praktycznie wszystkie mniéj więcéj gałęzie lekarskie, nie może żadnéj poświęcić się wyłącznie, że więc może być nieporadnym w przypadkach zawilszych, a jednak od zdania jego zależy częstokroć los bliźniego. Zapoznanie się więc ze zdaniem, wypowiedzianém czy w tym lub podobnym przypadku przez grono naukowe, może dla niego być tylko korzystném, jeżeli będzie miał na względzie wywód, tok myśli i pobudki, którémi to grono się kierowało. Nabędzie on otuchy do śmielszego wypowiedzenia w przyszłości swego zdania, jeżeli był zbyt ostrożnym i lękliwym, lub stanie się ostrożniejszym w swoich orzeczeniach, jeżeli poprzednio bywał zbyt stanowczym i śmiałym. Jedno i drugie bowiem w rzeczach sądowych jest szkodliwém: Sąd nie będzie nigdy zadowolony ze znawcy, który wiecznie się waha, a sprawiedliwość wiele na tém ucierpi, jeżeli znawca jest zbyt pewnym siebie i swojéj wiedzy. Bezwzględna przedmiotowość, nieoglądająca się na nic innego, jak tylko na uzasadnienie naukowe, jest cechą orzeczeń, wydawanych przez ciała zbiorowe; jednostka, choćby najbardziéj w zawodzie swoim wykształcona, nigdy pod względem przedmiotowości ostatnim nie dorówna.

Sposób rozstrzygania przypadków przez Wydziały nazwałem najodpowiedniejszym. Według rozporządzenia bowiem p. Ministra oświecenia z d. 28 stycznia 1874 r. wydawanie orzeczeń wydziałowych jest zadaniem całego grona nauczycielskiego Wydziału lekarskiego; celem dopełnienia tego zadania Wydział zamienia się w komisyję z 12 członków składającą się; do wydawania uchwał większością głosów zapadających potrzeba ciągłéj obecności $^2/_3$ części członków, a zwłaszcza reprezentantów tych specyjalnych gałęzi naukowych, których wymaga przedmiot rozstrzygać się mający. Istnieją więc wszelkie rękojmie, że — o ile wiedza ludzka sięga — orzeczenia Wydziałów lekarskich odpowiadać będą wymogom sprawiedliwości i umiejętności. To też orzeczenia te uchodzą słusznie jako orzeczenia najwyższéj instancyi sądowolekarskiéj, tak że według orzeczenia Sądu kasacyjnego z d. 15 października 1875 r. lekarzom sądowym, wezwanym do rozprawy głównéj, nie służy prawo rozpoznawania, a tém mniéj krytykowania orzeczeń, wydawanych przez Wydział lekarski.

Przypadki, od czasu do czasu nabierające wielkiego rozgłosu, dowodzą najlepiéj, nietylko że orzeczenia gron lekarskich największą dają rękojmię, ale nadto, że ogłoszenie ważniejszych lub rzadszych przypadków jest nietylko pouczającém ale nawet i bardzo zbawienném. Przypadkiem takim była niedawno sprawa Harbauma, o któréj obszernie się rozpisałem, celem wykazania, a jednéj strony, jak mylném może być zdanie dwóch znawców i jakie zgubne następstwa może za sobą pociągnąć, — a z drugiéj, jak dobrze się wywiązały z zadania swego grona lekarskie a opis podobnego przypadku, który był rozpoznany w Wydziale lek. w Pradze, dał nawet nielekarzowi pochop do zwrócenia uwagi Sądu na krzywdę, wyrządzoną człowiekowi niewinnemu. Nietylko pod wrażeniem tego przypadku, ale w najgłębszém przekonaniu, opartém na doświadczeniu długoletniém, wypowiedziałem przy téj sposobności zdanie, że w interesie sprawiedliwości Sądy powinny w każdym przypadku przestępstwa, grożącego posądzonemu karą dłuższego uwięzienia, a więc we wszystkich bez wyjątku przypadkach zabójstwa, dzieciobójstwa, a tém bardziéj morderstwa, zasięgać opinii Wydziałów lub gron lekarskich.

Na mocy stanowiska swego najczęściéj powołany będąc do zdawania sprawy w Wydziale z przypadków sądowolekarskich, mam tém samém prawo początkowania i zakreślania granic, wśród których znajdzie się miejsce i dla innych sprawozdawców, jeżeli zechcą nie szczędzić trudu w zestawieniu przypadków, przez siebie ocenionych.

Rozchodzi się tylko o sposób traktowania przedmiotu. Koledzy niemieccy ogłaszają od czasu do czasu szczególne przypadki w czasopismach fachowych, a następnie wiązankę takich przypadków zestawiają w t. zw. Zbiorach orzeczeń sądowolekarskich. Wiem z własnego doświadczenia, że zbiory te są cenne dla biblijoteki i dla historyi nauki, ale że rzadko kto je czyta, ponieważ nużą niesłychanie systematycznością i jednostajnością swoją. Sądzę, że chcąc orzeczenia uczynić przystępnemi i prawdziwie pożytecznemi, należy właśnie tych wad unikać przez urozmaicenie przedmiotów. W tym celu podawać orzeczenia będę od czasu do czasu tylko, nie według pewnych działów, lecz przeciwnie w sposób taki, aby mieć sposobność obznajomienia czytelnika naprzemian z kwestyjami różnorodnemi. Nadto wyłuszczywszy historyję przypadku, wątpliwości, jakie w nim się nasunęły i podawszy w dosłownem brzmieniu zdanie Wydziału, zamierzam, o ile to okaże się potrzebném, poczynić uwagi epikrytyczne, do przypadku odnoszące się.

Temi kierując się pobudkami nie widzę potrzeby zapewniać, że z pośród orzeczeń ogłaszać będę tylko takie, które tyczą się przypadków ważniejszych, z pominięciem tych orzeczeń, które odnoszą się do drażliwych stosunków lekarskich, jak w ogóle starannie unikać będę podawania nazwisk osób i miejscowości, a nawet dat, z którychby się można domyślać autorów orzeczenia, które Sąd lub Wydział uznały za nieodpowiednie.

I.

Śmierć z zadławienia czy utonięcia.

Dn. 7 listopada 188* znaleziono N. N., kobietę około lat 55 liczącą, mężatkę, bez życia twarzą na dół leżącą w studni otwartéj, odległéj o 63 kroki od chaty, w któréj mieszkała. Kobieta ta, według zeznań córek dorosłych, była garbatą, schorzałą, tak że bez pomocy cudzéj na dwór nie wychodziła, starsza od męża swego, który jéj nienawidził i pragnął jéj śmierci, aby z młodszą się mógł ożenić. Mąż ten powróciwszy d. 6 listopada wieczór do domu położył się do łóżka wspólnego, a nad ranem obudził córkę dorosłą, która w téj saméj izbie spała a wśród nocy żadnego krzyku nie słyszała, podając, że nie wie, gdzie matka się podziała; wkrótce potém wydobyto ją martwą ze studni. Podejrzenie padało oczywiście na męża denatki, zwłaszcza w obec obciążających go zeznań córek dorosłych; posądzony atoli nie poczuwa się do żadnéj winy, twierdząc, że dopiero po przebudzeniu się z rana spostrzegł nieobecność w łóżku żony.

Sekcyję wykonali na miejscu lekarze sądowi Dr. A., i chirurg B., a protokół opiewa jak następuje:

A. Oględziny zewnętrzne: Po wyjęciu z trumny zwłok, po zdjęciu okrycia płóciennego i bielizny z tychże przedstawiły się zwłoki kobiety około 55 lat wieku liczyć mogącej, wzrostu miernego prawidłowej i miernej budowy ciała, dobrze odżywionej. 1) Powłoki brzuszne, jakoteż mięśnie klatki piersiowej są niebieskawo zabarwione na tylnej powierzchni ciała spostrzegamy pokrycie z niebieskawo czerwonych plam pośmiertnych złożone. 2) Oczy są na pozór przymknięte, usta stulone. 3) Miejsce na szyi, w chrząstce tarczowej, krtani odpowiadające, jest niebieskawo zabarwione, w objętości talara, a po obydwu stronach tego sińca na dolnej i zewnętrznej jego stronie spostrzegamy dwa miejsca żywo zaczerwienione, odpowiadające mniej więcej odciskom palców. Zresztą nie spostrzegamy na całém ciele żadnych uszkodzeń. B. Oględziny wewnętrzne: 4) Po zdjęciu ogłowia przedstawia się zewnętrzna powierzchnia czaszki bez uszkodzenia lub przemian chorobowych. 5) Po zdjęciu ogłowia przedstawia się opona twarda mózgu bezkrwista, nieco stężała. 6) Po zdjęciu opon mózgowych zewnętrzna powierzchnia mózgu obficie przekrwiona tak, iż we wszystkich zwojach mózgowych spotykamy krew na pół skrzepłą; przy nacięciach istota mózgowa przedstawia się bezkrwistą. 7) Po odosobnieniu krtani i odpreparowaniu zewnętrznych jéj powłok znaleźliśmy, iż przy miernem uciśnięciu na krtani palcem wielkim i wskazującym pod naciśnięciem podaje się każda strona krtani dla siebie. 8) Po wyjęciu krtani, po otworzeniu jéj w ten sposób, iż tylko jéj powierzchnię od góry ku dołowi przecięto, ujrzeliśmy, iż chrząstka tarczowa krtani na najwyższéj swéj wypukłości jest przerwaną w swéj ciągłości, a to w kierunku prostopadłym, w długości jednego centimetra. 9) Po usunięciu krtani wylewa się przy przechyleniu zwłok na bok ilość około 100 grm. różowo zabarwionéj cieczy. 10) Oba płuca do klatki piersiowej nie przyrośnięte, przy dotknięciu mocno podatne, nakrojone we wszystkich swych częściach wydają szelest trzeszczący; oprócz nadmiernego ich rozdęcia nie znajdujemy żadnych chorobowych objawów. 11) Serce powiększone mierną ilością tłuszczu pokryte, mieści w prawéj swéj komórce około 30 gramów na pół płynnéj krwi, komórka lewa prócz miernéj ilości skrzepłéj krwi jest próżna. 12) Wątroba prawidłowéj objętości, żywo różowego koloru, przy nacięciu okazuje znaczny stopień przekrwienia. 13) Śledziona prawidłowéj objętości, nieco przekrwiona. 14) Żołądek mieści około 60 gramów bezbarwnego płynu. 15) Nerki prawidłowéj objętości; w pęcherzu znajduje się około 60 gramów prawidłowo zabarwionego moczu.

Na podstawie sekcyi pp. obducenci wydali następujące orzeczenie:

Śledząc za powodem śmierci kobiety, na któréj zwłokach sekcyi dokonaliśmy, na podstawie powyższych oględzin orzekamy, iż przemiany w krtani znalezione, a w punkcie 3 oględzin zewnętrznych i punkcie 8 oględzin wewnętrznych bliżéj opisane, wyjaśniają nam powód śmierci. Oznaki na krtani zewnętrzne, obraz jaki oględziny wewnętrzne tego organu nam przedstawiły, wykazują, iż krtań kobiety zmarléj była przemocą ściśnięta do tego stopnia, iż pękła na punkcie swéj najwyższéj wypukłości.

Gdy w organach wewnętrznych znaleźliśmy brak takich przemian chorobowych, któreby śmierć sprowadzić mogły, orzekamy, iż N. N. umarła skutkiem uduszenia, wywołanego silném ściśnieniem krtani, mogącém trwać 4 lub 5 minut.

Okoliczność, iż w tchawicy i w oskrzelach znaleźliśmy tę ilość wody, o jakiéj wspomniano w punkcie 9 oględzin wewnętrznych, przemawia zatém, iż zwłoki uduszonéj już po śmierci dostały się do wody; okoliczność dalsza, iż żołądek mieści w sobie bardzo mierną ilość wody, przekonywa nas o tém, że N. N. nie zeszła ze świata przez utonięcie, lecz uduszona do wody wrzuconą została.

D. 31 grudnia na odnośne pytanie Prokuratoryi rządowéj pp. obducenci oświadczyli dodatkowo:

Nietylko możebném, ale bardzo prawdopodobném jest, iż N. N., kobieta cierpiąca, wiekowa, sił pozbawiona, będąc duszoną nie wydała z siebie głosu donośniejszego, t. j. nie krzyczała; przypuścić możemy, iż prócz charczenia wcale nie głośnego, krzyk ze strony duszonéj wcale miejsca nie miał.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Najnowsze poglądy na chorobę Brighta.

Podał Dr. Pisek ze Lwowa.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 17).

Z kolei rzeczy wypada nam zapoznać się z poglądami Rosensteina, obecnie może jednego z najpoważniejszych reprezentantów nauki o zapaleniu nerek. Dla tego téż nieco obszerniéj nad niemi się zastanawiamy. W powyższém zestawieniu chodziło przedewszystkiém o uwydatnienie, choćby tylko szkicowe, punktów wytycznych, faz, jakie przechodziła kwestyja w mowie będąca, nim przybrała te formy, w jakich ją dzisiaj widzimy. Upatrując w „chorobie Brighta“ tylko pojęcie zbiorowe zadaje sobie Rosenstein na samym wstępie pytanie: jakież mają być cechujące zmiany w nerkach, jakież są kryteryja anatomiczne choroby Brighta?

Podobnie jak pierwszy autor, który o chorobie téj pisał, tak i R. uważa tylko istotne zapalne zmiany w nerkach za rozstrzygające. Ztąd téż ani białkomocz zjawiający się wśród gorączki, ztąd ani nieżyt nerek, ani téż samoistne zwyrodnienie skrobiowate nerek, wprawdzie wikłające nieraz i zapalenie nerek, nie mogą być zaliczane do tych chorób, które obejmujemy zbiorową nazwą choroby Brighta.

Szczególniéj dotyczy to także i nerki zastoinowéj, choćby miejscami była i zanikłą. Zanik bowiem rozwinąć się może i rozwija się nieraz i bez sprawy zapalnéj w nerkach li tylko jako następstwo upośledzonego odżywienia. Tegoż samego zdania jest R. co do zmian, jakie w nerkach wśród ciąży zwykły się pojawiać. Co do tego punktu przypominamy, że już w 1863 r. R. nacisk kładł na to, aby ściśle rozróżniano ciężarne, dotknięte już przedtém chorobą nerek, daléj ciężarne, które wśród, ale nie skutkiem, ciąży zachorowały, a wreszcie ciężarne, dla których choroby nerkowéj żadnego innego momentu nie można było wykryć jak tylko i wyłącznie ciążę. Ostatnia grupa stanowi poczet wcale nieliczny, który dla swéj względnéj rzadkości na stole sekcyjnym, znanym nam jest tylko z obserwacyi klinicznéj. Objawy zaś kliniczne zmuszają nas prawie do przypuszczenia, że przerzeczone zmiany w nerkach wyłącznie tylko skutkiem zmienionych warunków krążenia się rozwijają. Dowody na to twierdzenie byłyby następujące:

1) Częstsze pojawianie się cierpienia u pierwiastek, a mianowicie w ciąży bliźniaczéj częstsze.

2) Wystąpienie cierpienia nerek w późnym zazwyczaj okresie ciąży.

3) Puchlina często wyprzedza białkomocz.

4) Skąpy, mętny, gęsty mocz o znacznéj ilości białka.

5) Zwiększanie się ilości białka skutkiem bólów, zmniejszanie się jéj skutkiem porodu. Są to zatém wszystkie okoliczności, które dowodzą, zdaniem R., pochodzenia zmiany w nerkach ze zboczeń w krążeniu. *„Die Schwangerschaftsniere stellt keine wahre Nephritis dar und ist auch keine besondere Form des M. Brighti“*. Z pojęcia zatém choroby Brighta wyklucza Rosenstein

1) szczere istotne zwyrodnienie skrobiowate,

2) nerkę zastoinową,
3) nerkę ciężarnych.

Wykluczywszy te zmiany chorobowe, które do „choroby Brighta“ nie należą, przystępuje R. do rozbioru właściwego swego założenia.

Prototypem zapalenia nerki jest zmiana, jaka się w narządzie tym rozwija w niektórych chorobach ostrych, w płonicy, rzadziéj wśród duru, a jeszcze rzadziéj pod wpływem t. zw. „reumatycznych przyczyn“. W tych przypadkach napotykamy, podobnie jak i w zapaleniach sztucznie kantarydami wywołanych, nerki znacznie zmienione. W całości są nieco powiększone, napęczniałe i przekrwione a powierzchnia ich zasiana licznemi wynaczynionkami kropkowatemi. Najistotniejsze zmiany takiego „o s t r e g o“ zapalenia nerek przedstawiają naczynia krwionośne i przybłonki. Od samego początku wykazać można gromadki komórek wypocinowych (okrągłych) szczególniéj koło kłębków i naczyń krwionośnych. Przybłonki kanalików krętych przybierają wejrzenie ziarniste, pęcznieją a jądra trudniéj i słabiéj się barwią jak w częściach niezmienionych nerki. Przybłonki kłębka zawsze są zmienione, podobnie jak w kanałikach krętych, a co ważniejsza, łuszcząc się tworzą rozkład pomiędzy kłębkiem a jego torebką, częstokroć w postaci drobnoziarnistéj białkowatéj wypociny o wyraźnych jądrach. Co do genezy złuszczonego przybłonka, czy z torebki i kłębka czy téż wyłącznie skutkiem proliferacyi przybłonka torebkowego, nie daje autor stanowczéj odpowiedzi.

Jako najpierwsze tedy zmiany zapalne w nerkach należy uważać nagromadzenie się komórek okrągłych w sąsiedztwie kłębków i naczyń krwionośnych, jak również złuszczenie się przybłonka. W okresach późniejszych, gdy śmierć nie nastąpiła przedtém, coraz szybciéj przeobrażają się przybłonki, które w końcu przedstawiają masę zawiesinową. Im dłużéj stan ten trwał, tém wybitniéj nerka p r z e k r w i o n a, p s t r a przeobraziła się w b i a ł ą. Otóż t ę zmianę w nerce przywodzą autorowie zazwyczaj jako wzór zapalenia miąższowego bez zmian w przestworach śródmiąższowych, jako tę postać zapalenia, która nigdy w zanik nie przechodzi.

Dziś wszelako z całą pewnością można przypuścić, że nacieki komórkowe śródmiąższowe w każdéj sprawie zapalnéj nerek wykazać można. Według D i c k i n s o n a, na co się i inni autorowie zgadzają, nigdy tego nie brak wśród miąższu „dużéj, białéj nerki“, w któréj prócz tego napotkać można liczne kłębki zanikłe, rozsiane po całéj korze a w miejscu kanalików krętych ognisko tkanki łącznéj. Szczegóły te wręcz nam tedy zabraniają uważać „białą nerkę“ za coś zupełnie odrębnego, za swoistą postać zapalenia nerki, jakkolwiek zmiana tłuszczowa przybłonków w istocie téż jest główną. Różnica tedy pomiędzy nerką „białą“ a temi nerkami, które zazwyczaj jako przykład zapaleń śródmiąższowych stawiamy, jest tylko ilościową, stopniową. Tak nerka biała jak i „n e r k a z a n i k o w a gładka“ *(glatte Schrumpfniere)* przedstawiają sprawy zapalne obejmujące w s z y s t k i e p i e r w o c i n y u t k a n i a. Nerki zanikowe „gładkie“ bywają tak wielkie jak prawidłowe, nieraz nieco mniejsze gładkie na powierzchni i pstrego wejrzenia. W tych nerkach nierównie znaczniéj rozwiniętym jest zanik kłębków, zgrubienie torebek, naciek śródmiąższowy i hyperplazyja ogniskowa tkanki łącznéj, gdzie kanaliki zanikły. Lecz i tu nie brak stłuszczenia przybłonków; właśnie téż owe stłuszczone części miąższu nerkowego uwydatniające się jako plamy białawe nadają powierzchni pstre wejrzenie a znachodzące się kropki żółtawe na powierzchni odpowiadają zazwyczaj stłuszczeniu kłębków, co dawniéj znów było uważane za osobny rodzaj zapalenia *(gesprenkelte Niere)*.

Ani tedy „w typowém śródmiąższowém zapaleniu nerki“ nie brak zmian miąższowych, ani téż nie brak zmian śródmiąższowych w „dużéj białéj nerce“. Rosenstein przypuszczając w obu tych formach jednolitą zmianę pierwotną, wnosi, że tylko trwanie choroby może wpływać na większy lub mniejszy udział w zmianie zapalnéj poszczególnego utkania. Zdanie zaś swoje popiera wynikami ogólnie znanych doświadczeń. Zapalenie nerek wywołane kantarydynem wykazuje w utkaniu śródmiąższowém tylko komórkowy naciek obok znacznych zmian przybłonków kanalików; pochodzi to ztąd, że czas, wśród którego ta zmiana się rozwija, bywa nader krótkim, przeciwnie, gdzie bodźce działają dłuższy czas, jak przy podwiązaniu moczowodów, tam zmiany śródmiąższowe w całéj pełni się nam przedstawiają, jak w „n e r c e z a n i k o w é j z i a r n i s t é j“ u człowieka, gdzie choroba długie nieraz trwa lata. (Dok. n.)

Jeszcze w sprawie „laseczników gruźliczych“.

Opowiadają, że Virchow zagadnięty w Towarzystwie fizyologiczném w Berlinie o własne zdanie co do odkrycia Kocha tuż po wykładzie tegoż, odpowiedział: Trzeba czekać („*Abwarten*“). Lakoniczna odpowiedź nestora berlińskiego dobitnie wykazuje, że sprawy takiéj doniosłości, jak istota gruźlicy, na posiedzeniu rozstrzygnięte być żadną miarą nie mogą. To też nie dziw, że i dyskusyja nad tym przedmiotem, przez samego Kocha na porządek dzienny Zjazdu niemieckich klinicystów wprowadzona, tych wyników nie dała, jakich miano prawo oczekiwać. Z doniesień dowiadujemy się, że Virchow miał racyę.

W dyskusyi pierwszy zabrał głos A u f r e c h t z Magdeburga. Opierając się po części na własnych doświadczeniach i na rezultatach, do jakich doszedł Koch, twierdził, że i praca Kocha nie rozstrzyga stanowczo pytania, czy gruźlica jest chorobą infekcyjną, lub téż nie. Dopóki w téj mierze stanowczéj odpowiedzi nie mamy, dopóty musimy i nadal w stosunkach społecznych niekorzystnych upatrywać jeden z ważnych momentów etyjologicznych gruźlicy. Do obozu tych, którzy gruźlicy nie uważają za chorobę infekcyjną, należy i S e i t z. Zwracał tenże uwagę, że przyjmując teoryę infekcyjną gruźlicy, przez wdychiwanie laseczników gruźliczych żadną miarą nie potrafimy wytłumaczyć dziedziczności gruźlicy powszechnie uznawanéj, daléj t. zw. *habitus phthisicus*, zwiastującego nieraz przyszłe suchoty. Prócz infekcyi muszą istnieć jeszcze inne wewnętrzne warunki w ustroju, aby istota zakaźna mogła skutecznie się rozwinąć. Nie pojmujemy, skąd S e i t z wyprowadził suchoty płucne jako przeciwny argument K o c h o w i, gdy tenże wyłącznie gruźlicę *stricto sensu* miał na myśli; to też słusznie wystąpił R ü h l e z Bonn przeciw takiemu identyfikowaniu gruźlicy i suchot płucnych; obu tych chorób za jedno i to samo uważać nie można, choć nie ulega wątpliwości, że gruźlica ze suchot się rozwija. Punktem ciemnym wszelako dotąd jest związek przyczynowy między suchotami a gruźlicą. J ü r g e n s e n z Tübingi zgadza się w swém przemówieniu z K o c h e m we wszystkich punktach. Przypuszcza on, że w miarę jak szybciéj lub powolniéj czynność serca staje się słabszą, (pierwszy przypadek dotyczy dzieci w nieżytowém zapaleniu płuc, druga możebność odnosi się do starców), zwiększa się równocześnie skłonność błony

śluzowéj oskrzeli, i tak mniéj już odpornéj, do schorzeń grzybkowych w ogóle, przedstawiając korzystniejszy grunt dla rozwoju grzybków gruźliczych.

Klebs (obecnie już w Zurychu) w zasadzie przyjmuje poglądy Kocha. Szczególniejszy położył nacisk na kwestyję odziedziczania gruźlicy. Należałoby zdaniem jego rozstrzygnąć kwestyję, czy gruźlica wprost od matki dostaje się w macicy do ustroju płodu, lub téż za pomocą pokarmu matczynego (mleka).

Bagiński z Berlina podnosi swój głos w obronie przypuszczenia identyczności suchot i gruźlicy, przynajmniéj dla wieku dziecięcego. Postać różna zależy tylko od jakości „gruntu", na którym się przerzeczone choroby rozwijają. Wiadomo powszechnie, że dzieci małe tylko wyjątkowo okazują zmiany suchotnicze w postaci cechującéj, lecz zazwyczaj gruźlicę. Odnieść to należy do płuca jeszcze jako tako odżywianego przez mięsień prawego serca, wzgl. silniejszy, okoliczność, któréj u dorosłych brak. Stosunki parcia u dorosłych są prawie odwrotne, stosunki odżywcze płuca zatém mniej korzystne. Dla tego jedna i ta sama przyczyna chorobotwórcza u osób w różnym wieku wywołać może sprawy chorobowe w odmiennych postaciach. (*W. med. Bl.*).

Dr. Pisek.

Dr. Mączewski: **Tętniak części błoniastéj przegrody sercowéj.**

U dziewczynki 8-miesięcznéj ze znacznem powiększeniem wymiaru poprzecznego stłumienia sercowego i natężonym szmerem skurczowym, zmarłéj wśród objawów obustronnego nieżytowego zapalenia płuc wykazały oględziny pośmiertne następujący stan serca.

Serce postaci kulistéj, znacznie powiększone; *foramen ovale* nie zupełnie zarośnięte; ścianki komórek zgrubiałe. „W lewéj komórce, w środku części błoniastéj przegrody międzykomórkowéj znajduje się prawie okrągły otwór, leżący pod tylną zastawką półksiężycową aorty. Otwór ten prowadzi do jamki, znajdującéj się w błoniastéj przegrodzie i w trzeciéj części zastawki trójdzielnéj. Jamce téj w prawéj komórce odpowiada niewielkie wypuklenie osierdzia. W woreczku aneuryzmatycznym krew płynna, ścianki woreczka dość gładkie." Ku przodowi od tego otworu znajdował się podobny otwór mniejszy. Brzegi obydwóch otworów zupełnie gładkie, pokrywające je śródsierdzie niezmienione. Listek wewnętrzny zastawki trójdzielnéj, zawierający wypuklenie tętniakowe, zgrubiały, nierówny; odpowiedni mięsień brodawkowy częściowo bliznowato przeistoczony a jego nitki ścięgnisto zrośnięte w jeden dość gruby sznurek. Zastawki tętnicy płucnéj prawidłowe, toż samo tętnica płucna i główna — Powstanie powyższéj nieprawidłowości odnosi autor do wrodzonego braku w części błoniastéj przegrody sercowéj, któréjto kategoryi nie zawiera znany schemat Rokitańskiego. *(Gazeta Lekarska* 1882, Nr. 1). *Dr. Smoleński* (Jaworze).

Dr. Weissenberg: **Leczenie Endometritis chron. jodoformem.**

Dr. Weissenberg poleca bardzo używanie jodoformu we wszystkich formach *Endometritis chron.*. Szczególniéj u kobiet skrofulicznych i chlorotycznych, u których zawsze zachodzi obawa, aby się nie rozwinęła gruźlica, niechętnie się przystępuje do wyskrobywania jamy macicznéj. Wyskrobywanie takie można zupełnie zastąpić kauteryzowaniem za pomocą jodoformu, przyczém jodoform działa zarazem jako środek dezinfekcyjny. Również nadżerki na części pochwowéj goiły się znakomicie śród działania jodoformu. Autor używał dotąd pręcika obwiniętego watą, obsypanego jodoformem. Pręcikiem takim kauteryzował jamę maciczną. Aby większą ilość jodoformu do jamy macicznéj wprowadzić, kazał autor sporządzić odpowiedni przyrząd. *Dr. K.*

Ehrlich: **O wywołanych zjawiskach fluorescencyi w oku.**

Autor używał do swoich doświadczeń przetworu znanego w handlu pod nazwą uraniny, będącego połączeniem amonijaku z fluoresceiną. Przetwór ten rozpuszcza się łatwo w wodzie a E. używał go w 20% roczczynie, którego 2 cm. sz. wstrzykiwał królikowi pod skórę. Skoro tylko pojawienie się lekkiéj żółtaczki spojówki wskazało, iż wessanie już nastąpiło, autor przekłuwał rogówkę. Po upływie $^1/_4$ do $^1/_2$ minuty ukazuje się świecące zielone zabarwienie na brzegu źrenicznym, które się szybko na całą źrenicę rozszerza a po dwóch minutach całą komórkę przodkową zajmuje. Widać z tego przedewszystkiém, że w odradzaniu się cieczy wodnéj przodkowa powierzchnia tęczówki nie ma udziału, lecz że się ono od tylnéj komórki odbywa. Że ciecz przesączona nie pochodzi z ciałka szklanego, lecz wprost z naczyń krwionośnych, dowodzi już nader krótki czas, w którym te zjawiska występują a nadto jeszcze ta okoliczność, że surowica krwi, równocześnie upuszczona, okazuje taką samą fluorescencyję jak ciecz wodna. Wstrzyknąwszy fluoresceinę zwierzęciu z okiem nienaruszoném spostrzega się nagle zieloną smugę przebiegającą pionowo w źrenicy. Przebieg téj smugi, okazującéj pewien rodzaj tętnienia, odpowiada krzywiznie rogówki. Spostrzegać na niéj można pewne zmiany miejsca i postaci, a w rogówce zmianę barwy. Nosowa jéj połowa przedstawia mdłe zielone zabarwienie, skroniowa zaś ciemniejsze, a obie te połowy rozgranicza owa smuga zielona. Jeżeli się rogówkę przekłuje, to po odpłynięciu cieczy wodnéj smuga znika natychmiast, z czego wynika, że ona się nie w saméj rogówce, lecz tuż za nią w cieczy wodnéj znajdowała. E. poczytuje zieloną smugę za wyraz wiru cieczy, utworzonego przez spotkanie się dwóch przeciwnych prądów. Na obwodzie tęczówki znajdują się według E. dwa ogniska wydzielnicze, jedno skroniowe, drugie nosowe, a tam gdzie się oba prądy cieczy wydzielonéj spotykają, tworzy się owa smuga zielona. W stanie prawidłowym nie ma komunikacyi między komórką przodkową a tylną, ale już drobne okoliczności zniewalają ciecz do przechodzenia z tylnéj do przodkowéj komórki. Jeżeli się głowę zwierzęcia wstrząśnie silniéj, spostrzega się na brzegu źrenicznym mocno świecącą obwódkę, która się opuszcza na dno komórki przodkowéj tworząc rodzaj zielono połyskującego hypopyon. Wynika z tego, że wydzielina komórki tylnéj odmienną jest od wydzieliny komórki przodkowéj. To téż i w warunkach zresztą prawidłowych wystarcza przekrwienie w komórce tylnéj do utworzenia łączności i przechodzenia cieczy z tylnéj do przodkowéj komórki. Z wszystkich tych doświadczeń wynika, że wydzielina tylnéj i przodkowéj komórki nie przesącza się, jak Ulrich sądzi, z ciałka szklanego, lecz że pochodzi wprost z naczyń krwionośnych. Główną korzyścią doświadczeń z fluoresceiną jest, że ją, jako wolną od niebezpieczeństwa, stosować można i u ludzi tak podskórnie jako też i wewnętrznie. W ostatnim razie wystarczyłoby 15 cm. sz. do rozstrzygnięcia pewnych zagadnień. *(Deutsche mediz. Wochenschrift 1882 Nr. 1—3).* *Rydel.*

Runge, Kotelewski: Obecność powietrza w płucach dzieci martwo urodzonych.

Dwieście lat dobiega, odkąd próba plucna hydrostatyczna wprowadzoną została w praktykę sądowolekarską a niezliczoną jest ilość prac, ogłaszanych w ciągu tych dwóch wieków, już to dowodzić mających jéj nieomylności, już też to jéj bezzasadności. Zarzuty, podnoszone przeciw próbie płucnéj, znane są wszystkim lekarzom, zwłaszcza dawniejsze; to też w praktyce lekarz sądowy przywykł liczyć się z niemi. Mniéj może znanym jest zarzut nowy, uczyniony téj próbie naprzód przez lekarza niderlandzkiego Thomasa, a następnie przez prof. Schrödera, obecnie w Berlinie, że niepływanie płuca nie dowodzi wcale nieoddychania, ponieważ powietrze może ujść w zupełności z płuca, które oddychało;— historyję i stan obecny téj kwestyi wyłuszczyłem w *Real-Encyclop.* Eulenburga (T. VII, str. 418—420). Obecnie Runge w Berlinie (*Berl. klin. Woch.* 1882, Nr. 18) występuje z zarzutem, wprawdzie nic nowym, ale na nowo i należycie uzasadnionym, a mianowicie, że pływanie płuca, choć nie gnijącego, nie dowodzi jeszcze oddychania. Dotychczas, chcąc po obecności powietrza w płucu sądzić o oddychaniu, musieliśmy wykluczyć oddychanie śródmaciczne i wdmuchiwanie sztuczne po urodzeniu się dziecięcia. Oddychanie śródmaciczne zdarza się w ogóle rzadko a prawie nigdy u kobiet potajemnie rodzących; wdmuchiwanie zaś, pominąwszy, że kobieta rodząca potajemnie nie ma wcale powodu ani biegłości odpowiedniéj do téj czynności, nie jest w stanie ani wypełnić płuc ani nadać im zabarwienie takie, jakie mają płuca, które oddychały. Z tych powodów przywykliśmy dotąd uważać obecność powietrza w płucach za dowód oddychania, jakkolwiek nie spuszczało się z uwagi możebności oddychania śródmacicznego i sztucznego wdmuchiwania. Runge atoli podaje, że sposobem Schultze'go można wpędzić powietrze do płuc dzieci pozornie zmarłych lub nawet martwo urodzonych, do tego stopnia, że przy sekcyi widać dokładnie miejsca powietrzne, różniące się od niedodmowych i że pierwsze zajmują czasem małe, odosobnione wysepki, czasem jednak większe obszary aż do $^2/_3$ całéj tkanki płucnéj; płuca takie pływają nawet razem ze sercem i z grasicą, na powierzchni ich widać wysepkowate marmurkowanie a nie jednostajne cynobrowe zabarwienie a po przecięciu wypływa ciecz krwawo-pienista, słowem, płuca przedstawiają się tak, jak u noworodków, które żyły kilka godzin lub dni i umarły z zamartwicy. Jeżeli nadto znachodzą się wynaczynionki podopłucnowe, przekrwienie płuc i płynność krwi (będące oczywiście następstwem ruchów przedwczesnych oddechowych), to nic łatwiejszego, jak przypuszczenie, że dziecko urodziło się żywém i umarło nagle z uduszenia. Ztąd wynika, że obraz anatomiczny płuc u takich dzieci nie może być podstawą do orzeczenia, czy dziecko urodziło się żywém i umarło z uduszenia, lub czy urodziło się martwém a płuca sztucznie wydęte zostały.

R. wykrywszy u próby płucnéj tę nową piętę Achilesową wyraża zdziwienie swoje, że o postępowaniu Schultzego nie ma wzmianki w najnowszych dziełach sądowolekarskich, a z tego powodu lekarze sądowi nie znając jego skuteczności orzekają mylnie i na szkodę obwinionych, albowiem od r. 1878 wszystkie akuszerki pruskie znać i wykonywać muszą to postępowanie, skutkiem czego spodziewać się należy, że nierównie częściéj aniżeli przedtém lekarz sądowy spotykać się może z płucami sztucznie wydętemi.

Prawdą jest, że w dziełach sądowolekarskich dotąd o postępowaniu Schultzego wzmianki nie było, ale sądzę, że R. przecenia jego znaczenie, a w każdym razie jego rozpowszechnienie. Jeżeli zważymy, że Schultze ogłosił swoje postępowanie w r. 1866 (*Uiber die beste Methode der Wiederbelebung scheintodt geborener Kinder, Jenai'sche Zeitschr.* II p. 451) a w r. 1871 ponownie je przypomniał (B. S. Schultze, *Der Scheintod Neugeborener, Sendschreiben an C. Ludwig,* Jena 1871), to przypuścić się godzi, że nie musi ono być bez stron ujemnych, skoro po dziś dzień nie przyjęło się nawet we wszystkich zakładach położniczych, a tém samém stósowanie onego nie jest tak rozpowszechnioném, jak twierdzi R., za czém przemawia także fakt, że nawet pruscy lekarze sądowi o niém nie wspominają. W obec atoli stanowczego polecenia go przez R., jak niemniéj przez Fritscha (*Klinik der geburtshilfl. Operationen, II Aufl.* Halle 1871 p. 374) oraz przez samego Schultze'go (w *Handb. d. Kinderkrankh.* II Tübingen 1882, p. 39), należy się z niém liczyć i lekarzom sądowym i dlatego przedewszystkiém podaję w krótkości sposób jego wykonania.

Lekarz stojący z rozkraczonemi nieco nogami chwyta noworodka za kadłub w ten sposób, że od grzbietu wprowadza palce wskazujące swoje w obie pachy dziecięcia, paluchy oba przypadają na przodkową płaszczyznę klatki piersiowéj, reszta palców zaś z każdéj strony ukośnie leżą na tylnéj płaszczyźnie klatki. Tym sposobem dziecko wisi na skrzywionych wskazicielach lekarza, mając odnogi górne na dół spuszczone, główka zaś z tyłu opiera się o brzegi łokciowe a po części i o dłonie trzymającego. Natychmiast pozycyję tę inspiracyjną zmienia lekarz przez huśtanie dziecka naprzód i w górę; gdy ramiona lekarza wzniosły się nieco nad poziom, ruch należy wstrzymać, a wtedy dolna część ciała nagiąwszy się w kręgach lędźwiowych ściska mocno jamę brzuszną; wynikiem tego biernego ruchu wydechowego jest występowanie płynów aspirowanych przed otwory oddechowe. Następnie lekarz odbywa ruch ramionami swemi ku dołowi pomiędzy uda swoje rozkraczone, skutkiem tego ruchu jest wyciąganie ciała dziecięcego, rozszerzenie się klatki piersiowéj a więc następuje wdech bierny ale głęboki. Po pauzie kilkosekundowéj powtarza się ruch ku górze, a wtedy płyny aspirowane obficie uchodzą ustami i nosem, częstokroć wychodzi także z odbytnicy smołka, przy następującym zaś wdechu powietrze wpada do głośni, przyczém częstokroć słyszeć można szelest, nawet wtedy, jeżeli mamy do czynienia z dzieckiem nie tylko pozornie, ale rzeczywiście martwém.

I Schultze już pierwéj podał, że po tém postępowaniu przy sekcyi trudno rozróżnić płuca takiego dziecięcia od płuc dziecka, które oddychało. Runge zatém właściwie nic nowego nie wypowiedział.

Przypuściwszy atoli, że tak jest rzeczywiście,—to ztąd próbie płucnéj jeszcze nie grozi wielkie niebezpieczeństwo. Do stósowania przepisu Schultzego trzeba wprawy i znajomości rzeczy, może go zatém wykonać tylko lekarz lub akuszerka, a w takim razie pochodzenie powietrza w płucach będzie wiadomém. Jeżeli zaś kobieta rodzi potajemnie, to niepodobna przypuścić, żeby ona chciała, a następnie i mogła wdmuchiwać dziecięciu powietrze sposobem Schultzego; jeżeli zaś ją wyręczy osoba lekarska, szybko np. zawezwana, to osoba ta nie omieszka komisyi sądowéj donieść o usiłowaniach przez siebie przedsięwziętych. Praktycznego znaczenia rzecz cała nabyć by mogła chyba wtedy, gdyby osoba lekarska, uskuteczniwszy wdmuchiwanie powietrza

sposobem Schultzego bez wiedzy matki dziecięcia, umyślnie rzecz zataiła przed komisyją sądową!

Ale czy w istocie niepodobna odróżnić płuc tym sposobem sztucznie wydętych od płuc, które oddychały? Schultze i Runge twierdzą, że nie, ostatni nadto dowodząc, że nie zachodzi pomiędzy niemi żadna różnica pod względem zabarwienia, marmurkowania itd. Ale czy na têm koniec? Czy już nie ma innych sposobów rozróżniania płuc sztucznie wydętych od płuc, które oddychały? Otóż równocześnie i jakby wiedząc o zarzucie Rungego przypomina prof. Kotelewski w Warszawie (*W. med. Bl.* 1882 Nr. 18) możebność rozróżnienia jednych płuc od drugich na podstawie różowego marmurkowania płuc: obecność takowego świadczy za oddychaniem, brak onego zaś za wdmuchiwaniem powietrza. Wiadomą bowiem jest rzeczą, że jeżeli płuca noworodka badamy za pomocą lupy, miejsca na pozór jednostajnie jasnoczerwone okazują się jako mozaika (Devergie) składająca się z pęcherzyków perełkowych otoczonych siatką nastrzykanych naczyniek, podczas gdy pomiędzy poszczególnemi zrazikami płucnemi przebiegają grubsze naczynia. Jeżeli zaś badamy płuca sztucznie wydęte, widzimy wprawdzie owe pęcherzyki perełkowe, ale bez siatki naczyniowéj. Objaw ten dawno jest znany, jednak słusznie podnosi K., że z wyjątkiem Hofmanna (choć i on niedobitnie) nikt dotąd nie wskazał téj różnicy jako ważnéj podstawy do odróżnienia jednych płuc od drugich, podczas gdy on uczynił to już był w r. 1868 w rozprawie rosyjskiéj wydanéj w Charkowie.

Tym sposobem sądzę, że owo odkrycie Rungego naprzód nie jest nowém, a powtóre, że nie zada śmiertelnego ciosu próbie płucnéj. *L. Blumenstok.*

Wiadomości pomniejsze.

(L. K.) Baader: **Otrucie nasieniem z bielunia dziędzierlawego** (*Datura stramonium*). Nasienie bielunia dziędzierlawego jest gorzkie, rzadko więc daje powód do przypadkowych otruć. Mimo to jednak autor widział takie otrucie u trojga dzieci. Objawy tego zatrucia mają nader wiele podobieństwa z zatruciem atropinowém. Chłopiec, jeden z trojga, siedział w kącie i gadał nie do rzeczy, tak, że rodzice w mniemaniu, że się upił winem, położyli go do łóżka. Tutaj chłopiec wywijał rękami, kopał nogami, mówił do siebie, śmiał się — jednak na zadane sobie pytania zupełnie przytomnie i rozsądnie odpowiadał. Tętno było bardzo częste, oddechanie utrudnione, ciężkie, znacznie rozszerzone źrenice zaledwie oddziaływały na światło. Wzrok dość widocznie upośledzony. Błona śluzowa gardła przekrwiona; chory uskarżał się na drapanie w gardle. Podawano olejek rącznikowy i czarną kawę. Do dnia następnego nie nie pozostało z powyższych objawów.

U drugiego, z dwóch pozostałych chłopców, objawy zatrucia wystąpiły o wiele silniéj. I tutaj zauważano ruchy gwałtowne rękami i nogami, zęby były zaciśnięte, chory od czasu do czasu wydawał przeraźliwy krzyk. Sensorium zajęte. Przełykanie płynów niemożebne. Tętno niedozrachowania, oddechanie nieregularne. Skóra zimna. Głowa i szyja szkarłatno-czerwona, w ramionach i grzbiecie widać plamy, szkarłatno czerwone, różnéj wielkości. Chory oddaje mocz bezwiednie. Zastrzyknięto w tym przypadku podskórnie w ciągu 20 minut dwa razy po 0.01grm. morfinu, i podawano ciągle czarną kawę. Po 24 godzinach z wszystkich tych objawów gwałtownych zatrucia pozostało tylko mierne rozszerzenie źrenic i utrudnienie w przełykaniu. (*Deutsch. med. Wochenschrift* Nr. 15, 1882, str. 215).

(L. K.) Reuss. **Kreozot w chorobach piersiowych**. Autor, wielbiciel wielki tego środka, zalecanego jeszcze przez Boucharda i Gimberta, teraz prawie zupełnie zaniechanego, zaleca go nietylko w suchotach płucnych, ale także w *Bronchitis chronica* i w okresie wyzdrawiania po innych chorobach dróg oddechowych. Autor używał kreozotu dawniéj zwykle z tranem lub z winem, teraz zaś zaleca go według następującego przepisu, który uważa za najstosowniejszy:

Rp. *Bals. de Tolu. 0,20*
Creosot. pur. 0,05
Excivient. qu. s.

Kreozot w téj mięszaninie podaje autor w torebkach w czasie jedzenia. Dziennie kazał brać nawet po 10 torebek, a nigdy nie dostrzegł jakichś przypadłości ze strony przewodu pokarmowego. Kreozotu podanego z winem lub z tranem pacyjenci nieznosili tak dobrze. W 30 przypadkach suchót płucnych, leczonych kreozotem, widział autor u 12 zupełne wyleczenie, u 10 polepszenie u 3 kreozot pozostał bez skutku, u 5 nastąpiła śmierć. A zatém kreozot działał korzystnie u 73% chorych. Autor ogłosił już w r. 1879 statystykę z wyników leczenia kreozotem. W statystyce téj oblicza procent korzystnego działania na 70%. Autor zaleca używanie kreozotu już przy najmniejszém podejrzeniu *Phthisis pulm.* lub *Phthisis laryngis.* Lekarze, których zachęcił do używania w ten sposób kreozotu, również bardzo zachwalają ten środek. Jakkolwiek krezot nie jest lekiem swoistym w suchotach płuc, to przecież z środków znanych i dotąd używanych, najgodniejszym jest polecania, bo daje najkorzystniejsze wyniki w leczeniu. (*Gazette med. de Strassbourg* Nr. 2, 1882).

(L. K.) **Wcieranie metodyczne mydła zielonego przeciw zołzom i gruźlicy**. Kappesser (z Darmstadtu) zaleca bardzo wcieranie metodyczne mydła zielonego (*sapo viridis*) w chorobach zapalnych chronicznych stawów, w wypocinach surowiczych na tle zołzowém, w ogóle w zołzach, a szczególniéj w gruźlicy. W téj ostatniéj chorobie, będącéj prawdziwą klęską rodu ludzkiego, Kappesser widział po stosowaniu swojéj metody nader świetne wyniki. Słusznie jednak można zarzucić autorowi, że spostrzeżenia swoje opiera na bardzo małéj liczbie spostrzeżeń; jednak w chorobie, przeciw któréj nie mamy żadnych środków, wartoby spróbować metody Kappessera i sprawdzić jéj wartość. Kappesser przeprowadza leczenie w następujący sposób. Tak dla dorosłych jak i dla dzieci bierze się dwa razy na tydzień przed udaniem się na spoczynek $^1/_2$ do $1^1/_2$ łyżki stołowéj mydła zielonego, rozpuszcza go się w małéj ilości wody, następnie wciera się dłonią przez 10 minut na całéj przestrzeni grzbietu, poczém się obmywa i obsusza. (*B. k. Wochensch.*, Nr. 5, 1882).

IV. Odczyty Dra Ochorowicza o elektryczności zwierzęcéj statycznéj jako istocie magnetyzmu zwierzęcego.

W wykładzie mianym na posiedzeniu Tow. lek. gal. dnia 27 marca b. r. a streszczonym w Nr. 15 Przeglądu Lek., twierdzi Dr. J. Ochorowicz, iż udało mu się wykazać doświadczalnie wpływ ręki na przedmioty martwe, a têm samém wykryć istotę tak zwanego magnetyzmu zwierzęcego. Odczyt podobnéj treści miał Dr. O. dnia 7 marca b. r. na posiedzeniu Towarzystwa przyrodników im. Kopernika we Lwowie a następnie 12 kwietnia na ten sam temat odczyt publiczny w Krakowie. Z doświadczeń, a raczéj licznych „odkryć“ Dr. O. ma wynikać, że magnetyzm zwierzęcy jest elektrycznością

zwierzęcą statyczną o minimalnych napięciach. Czy tłumaczenie to magnetyzmu zwierzęcego jest prawdziwe lub też tylko mniéj lub więcéj prawdopodobną hipotezą, o tém nie mam sądu, bo sprawa magnetyzmu zwierzęcego jest mi zupełnie nieznaną. Zdaje mi się jednak, że hipoteza ta z doświadczeń Dr. O. wcale nie wynika. Doświadczenia bowiem przytoczone przez prelegenta na dowód wpływu elektrycznego ręki na przyrządy fizyczne nie są niczém nowém, a fizycy nagromadzili tyle materyjału doświadczalnego w zakresie elektryczności statycznéj, że wcale dziwić się nie można, iż Dr. O. niczego nowego nie odkrył. Nową rzeczą natomiast jest oryginalne tłumaczenie prostych zjawisk, szkoda tylko, że całkiem mylne, a czasem naiwne. Nie śmiem sądzić, że Dr. O. robił doświadczenia bez poprzedniego dokładnego zapoznania się z dotyczącym działaniem fizyki eksperymentalnéj, chociaż miałbym do tego wszelkie prawo. Wolę przypuścić, że Drowi O. nie udało się wyłączyć z doświadczeń wpływu wyobraźni, albo że był uprzedzony, bo nawet sprzeczności niektórych w swych twierdzeniach nie dostrzegł. Zróbmy przegląd krytyczny tych odkryć i dowodowych doświadczeń.

1) Że ręka na radyjometr działa, jest rzeczą powszechnie wiadomą, bo działa nań każde ciało, którego ciepłota jest wyższą od otoczenia radyjometru. Szklanka z wodą jest tu Piłatem w Credo. Ruchu radyjometru tłumaczyć na podstawie elektryczności nikomu się nie śniło. Nie pojmuję więc, jaki związek radyjometr mieć może z tém, czego autor dowieść usiłuje.

2) O tém, że różne ciała (pewne gatunki papieru, drzewa, naskórek kory brzozowéj etc.) potarte ręką elektryzują się, przekonał się Dr. O. dość późno. Stoi to w pierwszym lepszym większym podręczniku. Wiemy nawet nieco więcéj, mianowicie, że nietylko pewne gatunki papieru lub drzewa, ale jakiekolwiek ciała potarte suchą ręką żywą, czy skórą z ręki zdjętą lub jakiémkolwiek inném ciałem w dogodnych warunkach elektryzują się. Kora brzozowa pod tym względem nie różni się z pewnością od wierzbowéj lub pomarańczowéj.

3) Karta trzymana na palcach w wiązkę zebranych przyjmuje niekiedy ruch obrotowy. Dlaczego niekiedy? Autor tłumaczy sobie to zjawisko na podstawie elektryczności ciała ludzkiego, chociaż nie mówi, jak. Zjawiska tego nie widziałem. Na moich palcach karta się nie rusza, jeżeli rękę spokojnie trzymam. Ale nawet prawdziwość faktu przypuściwszy, elektrycznością wytłumaczyć go nie umiem. Gdyby zjawisko to polegało na elektryczności, mogłoby być tylko analogicznêm z wirowaniem tak zwanego młynka elektrycznego (*Electrisches Flugrad*). Pomijając wątpliwość słuszną, czy elektryczność o minimalném napięciu pracę taką mogłaby wykonać, musiałaby karta mieć kształt szczególny. Bo przy zwykłéj prostokątnéj formie działałyby siły równe a przeciwne. Zdaje się, że mamy tu do czynienia ze złudzeniem wyobraźni.

4) Ruch karty umieszczonéj na kuli butelki lejdejskiéj za ręką nie dowodzi niczego, i jest, jak prelegent przyznaje, prostym wynikiem influencyi, tak samo, jak przyciąganie elektryzowanéj igły magnetycznéj. Dodać tylko można, że każda igła naelektryzowana za ręką się obraca i wcale magnesowaną być nie potrzebuje.

5) „Pokrewieństwa" między temi „faktami" a rybami elektrycznemi, które, jak wiadomo, mają osobne przyrządy elektryczne, dopatrzéć się trudno. Co do ludzi elektrycznych, to kwestyja ta należy do legend, poczynających się od Teodoryka króla Westgotów, z którego sypały się podczas chodu iskry, a kończących się prawdopodobnie na nieznanéj z imienia damie, która przez dwa miesiące każdego, kto się do niéj zbliżał, iskrami przyjmowała (*Silliman phil. journ. Sturgeon annals 2, 351 Repert. der Phys. 6, 296*).

6) Myśl Dr. O. o statycznéj elektryczności w organizmie ludzkim nie jest wcale nową a nawet próbowano, i to z dobrym skutkiem, izolowaną osobą naładować kondenzator (Meckel *Arch. f. Physiol. 3, 161*, Du Bois *thier. Elect. 1, 14*). Lecz doświadczenia te nie wykluczają wcale możliwości wytwarzania się elektryczności w sposób nie mający z życiem żadnego związku, n. p. przez tarcie połączone ze zdjęciem sukni jedwabnéj lub wełnianéj, i są tak małéj wartości naukowéj, że nikt w rezultat nie wierzy. Zobaczymy daléj, o ile Drowi O. udało się tę wiarę wzmocnić.

7) Figurki elektryczne, t. j. lekkie kulki umieszczone w pudełku wewnątrz staniolem wyklejoném płytą szklaną przykrytém, są zabawką taką, jak tak zwany grad elektryczny i nie pojmuję, zkąd Dr. O. wnosi, że zbliżenie palca działa odpychająco dla tego, że palec jest elektrycznym a tylko częścią dlatego, że ciało ludzkie jest dobrym przewodnikiem. Bardzo naturalny fakt, że dmuchnięcie znosi napięcie elektryczne kulek, z tém, czego autor dowodzi, w najmniejszym nie stoi związku.

8) Dla okazania elektryczności włosów zbliża Dr. O. do nich elektroskop, który objawia odchylenie listków w skutek elektryczności ujemnéj. Otóż zbliżenie włosów na elektroskop nie działa. Na odczycie publicznym w Krakowie mówiąc „zbliżam", przesuwał Dr. O. gałkę elektroskopu pomiędzy włosami czyli pocierał ją włosami, a więc nic dziwnego, że się listki rozchyliły.

9) „Nareszcie" mówi prelegent „przeważnie lub wyłącznie czynną jest rola ręki w działaniu na elektroskop...." Jeżeli ręka jest przeważnie czynna, więc cóż jeszcze jest czynném? O tém się nie dowiadujemy. Mógłby mnie kto posądzić, że chwytam za słowa, ale wszelkie ogólniki w naukach ścisłych nie mają miejsca. Ażeby okazać wrzekome działanie elektryczne ręki, używał autor elektroskopu Fechnera. Zdaje mi się, że te doświadczenia z elektroskopem Fechnera głównie utwierdziły wiarę autora w słuszność swego zapatrywania, bo rzeczywiście mogą one zadziwić każdego, kto z właściwościami elektroskopu Fechnera nie jest dokładnie obznajomiony. Dr. O. ręką dotyka gałki elektroskopu, a listek się odchyla tak, jak gdyby otrzymał elektryczność ujemną. Jeszcze bardziéj zadziwić może odchylenie listka za dotknięciem papieru, sznura a nawet laski szklanéj do gałki elektroskopu przytkniętéj. Otóż elektroskop Fechnera jest nadzwyczaj czułym instrumentem a granica czułości zależy od woli eksperymentatora. Jednakże czułości nie należy za daleko posuwać, jeżeli ma się otrzymać pewne wyniki. Przypuszczam, że Dr. O. eksperymentował z dokładnym elektroskopem poprawionym przez Riessa. Otóż właśnie listek elektroskopu takiego nie powinien przy dotknięciu ręką gałki bezpośrednio lub pośrednio, t. j. przy połączeniu listka z ziemią, okazywać najmniejszego ruchu, jeżeli przyrząd ma być do doświadczeń przydatny (*vide Riess Reibungs Electricität I*, p. 21). Często bowiem zdarza się, że listek odchyla się za dotknięciem gałki, tak, jak gdyby otrzymał ujemną elektryczność. Pochodzi to ztąd, że przez dotknięcie przypadkowe palcem albo rękawem surduta górnéj części dzwonu przy ustawianiu przyrządu, szkło dodatnio się elektryzuje i przez influencyją na listek działa (Riess I, p. 214, §. 196). Elektroskop powraca w takim razie często do normalnego stanu,

jeżeli się chucha na dzwon, dotykając zarazem gałki i jest to oznaką, że zewnętrzna strona dzwonu jest naelektryzowaną. Jeżeli zaś naelektryzuje się wewnętrzna strona dzwonu, co się dzieje najczęściéj w skutek tego, że listek przylega przez dłuższy czas do jednéj z płyt biegunowych, natenczas ten środek nie pomaga i elektroskop jest na kilka godzin do użytku nie przydatny. Użyteczny ten przyrząd ma jeszcze inne kaprysy i należy bardzo dokładnie z nim się zapoznać, nim go się do subtelnych doświadczeń używa. (Riess I, p. 21). Jeżeli elektroskop Fechnera w normalnym znajduje się stanie, dotknięcie ręką gałki żadnego wychylenia listka nie sprawia. Jeżeliby ręka działała rzeczywiście na elektroskop Fechnera, przyrząd ten i inne podobne czułe przyrządy byłyby do użytku zupełnie nie przydatne i potrzebaby zakwestyjonować wszystkie wyniki dotychczas otrzymane w tych przypadkach, gdzie o małe ilości elektryczności chodziło.

W całym odczycie jest tylko ten jeden punkt bliższego zastanowienia godny, bo że inne wywody żadnéj nie mają wartości, nawet i nie fachowy przyzna. Możnaby więc na tém skończyć. Nie mogę jednak oprzeć się pokusie, by jeszcze kilku odkryć Dr. O. do właściwéj nie sprowadzić miary. Dr. O. nie pierwszy odkrył, że szkło nie zawsze jest izolatorem. Jest to rzeczą powszechnie znaną. A że szkło przez chwilę w ręku trzymane lepiéj przewodzi, bo się parą wodną powleka, jest rzeczą bardzo naturalną i dziwić się tylko można, że autor takie błahostki przytacza.

W dowodzie, że magnesowanie wody nie jest złudzeniem, powikłał się autor w sprzeczności. Najprzód twierdzi, że listek elektroskopu odchyla się za dotknięciem gałki ręką bezpośrednio, albo nawet za pośrednictwem złego przewodnika, a następnie, że flaszka lejdejska trzymana w ręku nie działa na elektroskop. Jak to pogodzić? Tymczasem na elektroskop normalny nie działa ani ręka ani flaszka w ręku trzymana a na elekroskop ze zboczeniem wyżéj wymienionem flaszka działa i bez pomocy magnesowanéj wody. Ale przypuśćmy nawet prawdziwość faktu, rzecz jest niemniéj niezrozumiałą. Jeżeli bowiem ręka nad wodą trzymana ją elektryzuje, więc dzieje się to przez influencyją. Jeżeli rękę odsuniemy, woda powraca do naturalnego stanu.

„Per aspera ad astra“, a Dr. O. zajechał na księżyc. Księżyc ma być winien temu, że w ciele Dr. O. równie jak magnesach i metalach zaszła dnia 18 marca zmiana i stały się one po dwudniowych wahaniach z elektrododatnich elektroujemne. Więc magnesy i metale, a więc i elektroskop posiadają także wolną elektryczność? Toby było pierwsze prawdziwe odkrycie, szkoda tylko, że nie udowodnione. Co Dr. O. rozumie przez wahania? Księżyc dlatego tę zmianę sprawił, że według przypuszczenia prelegenta ma być elektrododatnim, w stosunku do ziemi elektroujemnéj. Otóż, że ziemia ma wolną ujemną elektryczność, nie jest wcale pewnikiem, tylko hipotezą bardzo niedostatecznie popartą. Co do księżyca możnaby zawołać: *„Du sprachst ein grosses Wort gelassen aus“*. Czyż z luźnego faktu a choćby nawet i faktów, które można najrozmaiciéj tłumaczyć, chce Dr. O. wysnuwać tak daleko sięgające wnioski? Dnia 3 maja była pełnia księżyca, ale nie dostrzegłem w działaniu elektroskopu żadnéj zmiany. A zresztą jeżeli księżyc działa (oczywiście przez influencyje) na ciało ludzkie, dla czegóż nie działa wprost na elektroskop? A jeżeliby nawet rzeczywiście działał, to powinienby właśnie spotęgować elektryczność ujemną. Nie przeczę bynajmniéj, że księżyc może posiadać wolną dodatnią elektryczność, ale jeżeliby ktoś twierdził to samo o Siriuszu, byłby w równém prawie.

Rzeczą godną uwagi jest, że Drowi O. nie nasunęły się zarzuty i wątpliwości, które inni o wartości tych doświadczeń mieć mogą, i ta dogmatyczna pewność w twierdzeniach. Poglądy swe uważa Dr. O. za stwierdzone fizycznie, nie bacząc na to, że nie zachował wcale tych środków ostrożności, jakie na dzisiejszém stanowisku nauki są niezbędne, ani téż nie usunął wszystkich pobocznych możliwych wpływów. Liczne mamy przykłady, że niekiedy badania prowadzone z wielkim zasobem wiedzy, środkami tak obfitemi, na jakie tylko stać nasze stulecie, przez zaniedbanie jednéj ostrożności, prześlepienie jednego błędu, doprowadziły do mylnych wyników. Cóż dopiero sądzić o takich szkolnych eksperymentach? Ale może Dr. O. chciał właśnie poddać tylko swe poglądy dyskusyi, ażeby rzecz wyświecić i koła fachowe do badania pobudzić i za pewniki swych twierdzeń bynajmniéj nie uważa. Że tak nie jest, dowodem odczyt publiczny. Na odczytach publicznych należy podawać szerszéj publiczności tylko zdrową strawę, prawdy w téj chwili powszechnie uznawane. Dla nowych teoryj publiczność nie jest forum, tak, jak nie jest niém szkoła. Nie jeden ze słuchaczów nie będzie miał może nigdy sposobności usłyszeć w téj materyi innego zdania. Odczyt więc, który tak wątpliwe rzeczy jako pewniki przedstawia, jest raczéj środkiem zaciemnienia niż oświecenia.

Że Drowi O., który na innem polu jest biegłym i mógłby być naszą chlubą, nie dopisały doświadczenia fizyczne, jest nowym dowodem, że w czasach dzisiejszych uniwersalnym być trudno. Jeżeli może ja się mylę w moich wywodach, nie trudno będzie Drowi O. to wykazać, a wtenczas cel tych uwag będzie osiągnięty, bo przyczynią się do usunięcia wątpliwości i wyświecenia prawdy.

Franciszek Tomaszewski.
Prof. w gimn. św. Anny w Krakowie.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 23—29 kwietnia śmiertelność ogólna w Krakowie spadła z 39.0 na 32,8 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 1 (1 z. t.); z duru osutkowego 3 (2 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 3 płonicy, 2 błonicy, 20 duru osutkowego (3 z I obw., 6 z II obw., 6 z III obw., 5 ze wsi). W tygodniu od 26 marca do 1 kwietnia zapadło w Londynie na ospę 90, leczyło się w szpitalu 393, umarło 3. W Wiedniu 33, w Paryżu 15, w Budapeszcie 11, w Petersburgu 9, w Pradze 3, w Warszawie 38, w Lizbonie (od 19—25 lutego 9, w Madrycie (od 23—29 stycznia) 50. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 17, w Warszawie 3. Odra złagodniała w Wiedniu, Paryżu, Londynie, Edynburgu, Kopenhadze.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 26 marca do 1 kwietnia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 36,6; we Lwowie 33,8; w Poznaniu 37,1; w Wiedniu 41,1; w Budapeszcie 38,0; w Pradze 42,3; w Tryjeście 31,3; w Berlinie 25,0; w Wrocławiu 35,6; w Gdańsku 24,1; w Mnichowie 37,9; w Dreźnie 20,8; w Lipsku 18,3; w Bazylei 19,6; w Brukseli 25,5; w Amsterdamie 26.6; w Hadze 26,9; w Paryżu 30,7; w Londynie 22,2; w Kopenhadze 23,3; w Stokholmie 18,3; w Chrystyjanii 23,0; w Petersburgu 41,5; w Odesie 28,7; w Wenecyi 28,8; w Bukareszcie 26,3; w Madrycie 67,4; w Lizbonie 44,4; w Aleksandryi 28,9; w Nowym Yorku 33,1; w Filadelfii 24,5; w Bombaju 32,8; w Madrasie 47,7. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 11 maja. Od dni kilkunastu toczy się we Wiedniu rozprawa ostateczna z powodu katastrofy w Ringteatrze. Przedwczoraj przesłuchano dwóch lekarzy, a mianowicie Dra Deimla i Anthofera, którzy pierwsi z własnego popędu pospieszyli na miejsce celem niesienia pomocy ofiarom katastrofy. Zeznania ich atoli były mniéj ważnemi, z powodu, że mieli do czynienia tylko z trupami. Natomiast orzeczenia przesłuchanych również lekarzy sądowych, a mianowicie prof. Hofmanna i Drów Dolla i Hascheka zwróciły na siebie uwagę powszechną, o ile z orzeczeń tych, wydanych z uwzględnieniem zeznań wszystkich świadków, wynika, że liczba ofiar najprawdopodobniéj byłaby nierównie mniejszą, gdyby w przeciągu pierwszego kwadransa po wybuchu ognia, nawet po nadejściu straży pożarnéj, jaka taka pomoc była daną. W ogóle bieg rozprawy rzuca niekorzystne bardzo światło na organa, powołane w takich razach, do niesienia pomocy. Przypadek owego skazańca w Raab, który powieszony *lege artis*, w 10 minut po egzekucyi zdjęty z szubienicy odżył, przypadek przytoczony przez prof. Hofmanna, dowodzi, że nawet po powieszeniu człowieka jeszcze w ciągu pierwszego kwadransa kusić się można o przywrócenie go do życia; téj pomocy niestety nie doznały ofiary wiedeńskie, z których największa część umarła z zaczadzenia lub uduszenia.

* W jednym z tutejszych dzienników zdarzyło nam się czytać temi dniami anons lekarza, który się poleca pomiędzy innemi także jako leczący „choroby skrytopłciowe.“ Sądzimy, że zachodzi tu pomyłka drukarska. Nie przypuszczając, aby specyjalizowanie już miało dojść do tego stopnia, iżby znalazł się specyjalista dla indywiduów, mieszczących się w 24éj klasie Lineusza, mniemamy, że ów lekarz mając zapewne na myśli choroby „płciowe,“ z większém prawem mógłby był nazwać je „jawnopłciowemi,“ jeżeli system swój patologiczny woli oprzeć na botanice, aniżeli na anatomii.

* Według nadesłanych nam wykazów w Cieplicach czeskich bawiło do d. 4go bm, gości kąpielowych 277. Zarząd zdrojowiska Salzbrunn w Szlązku pruskim zawiadamia nas, że sezon tamże już się rozpoczął.

* **Poznań**. Na ostatniém posiedzeniu Sekcyi lekarskiéj Towarzystwa Przyjaciół Nauk Poznańskiego złożył Dr. Święcicki, którego wybrano sekretarzem IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, po trzechletniém urzędowaniu urząd sekretarza Sekcyi lekarskiéj. W miejsce jego wybrano Dra Wicherkiewicza, który urząd ten przyjął.

Przygotowania wstępne do IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu raźnym postępują krokiem. W miejsce hr. Engerstroema, który urząd przewodniczącego rzeczonego Zjazdu złożył, wybrał Wydział gospodarczy radcę zdrowia Dra Kaczorowskiego. W swoim czasie podamy bliższe o przygotowaniach tych szczegóły.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Erlanga**. Docent prywatny Dr. Franciszek Penzoldt mianowany został profesorem nadzw.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktora w. n. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Teofil Prochaska, rodem z Janowa w Galicyi.

Nekrologija. Dnia 3 bm. umarł w Brzostku Dr. Teodor Kaczyński w 39 r. życia z duru plamistego, którym się zaraził będąc delegowany przez Starostwo pilznieńskie do leczenia chorych. Śp. K. urodził się w Nowym Targu w r. 1843. Do gimnazyjum uczęszczał w Sączu i Krakowie; Wydział lekarski kończył także w Krakowie a od lat 14 osiadł stale w Brzostku, gdzie téż wielkiego szacunku i zaufania używał. Był to bardzo zacny kolega, do kraju nadzwyczaj przywiązany. Pogrzeb odbył się przy nadzwyczaj licznym i prawdziwie szczerym współudziale ludności okolicznéj; nad grobem przemówił serdecznemi, gorącemi wyrazy przyjaciel i kolega zmarłego Dr. Macudziński z Jasła. Nieboszczyk pozostawia wdowę i 4 maleńkich dziatek.

W Warszawie umarł d. 30 kwietnia r. b. Dr. Wilhelm Kohn, lekarz ordynujący w szpitalu starozakonnych, licząc lat 50. Był to lekarz wykształcony, który zwłaszcza dawniéj w Płocku cieszył się wielkiém powodzeniem.

Piśmiennictwo lekarskie. Dr. Wicherkiewicz: Czwarte Sprawozdanie roczne zakładu leczniczego dla ubogich chorych na oczy w Poznaniu za rok 1881. Przy tém widok i plan kliniki. Poznań, Leitgeber, 1882, str. 64.

Wydana co dopiero broszura Dra Wicherkiewicza składa się z dwóch części: kroniki i wiadomości lekarskich. W pierwszéj daje nam autor specyjalny opis swéj nowo wybudowanéj kliniki ocznéj, mówi o administracyi zakładu i statystyce chorych przychodnich i zakładowych. Liczba ubogich chorych zakładowych wynosiła w rzeczonym zakładzie w roku zeszłym 379, z których najwięcéj dostarczały powiaty poznański i bukowski. Część druga broszury, a obejmująca wiadomości lekarskie, jest nader bogatą pod względem treści i materyjału. Załączona do téj części tablica, przedstawiająca stosunek chorych pod względem wieku, płci i leczenia, wykazuje, że w roku minionym leczono w zakładzie kol. W. 2343 chorych, z któréj to liczby przypada na mężczyzn 1154, na kobiety 1189. Z tych wszystkich wyzdrowiało 1685, z polepszeniem ukończyło kuracyję 193, niewyleczonych oddalono z zakładu 14, dla nieuleczności wcale nie leczono 36, do jednorazowéj konsultacyi przybyło 361 a w kuracyi pozostało 51. Jak widzimy rezultat nader zadowalający. Następnie mówi autor o obojętności i lekkomyślności niektórych chorych na oczy, daje tutaj cenne dla publiczności wskazówki, poczém rozbiera w popularny sposób kwestyję ropienia woreczka łzowego. Z przytoczonych wiadomości klinicznych i statystycznych zasługuje na bliższą uwagę stosunkowo rzadki przypadek żółtomięsaka (*chlorosarcoma*) w oczodole. Odsyłając czytelników po bliższe szczegóły do dziełka kol. W., nadmieniamy, że autor skłania się do zdania, iż zabarwienie zielonawe nowotworu przypisać potrzeba rozkładowi chemicznemu wodnika chloralu, którego chory w dość znacznéj zażywał dawce, lub innemu ciału chlor zawierającemu, a z którego zarazem ów chlor może się w danych razach uwalniać. Kwestyja ta naturalnie zupełnie jeszcze otwarta, lecz właśnie dlatego każda taka teoryja, starająca się owe powstawanie zielonego barwika objaśnić, zasługuje na jak największą uwagę i ocenę. Następnie opisuje autor dość ciekawe przypadki rozdarcia siatkówki, urazowego niedowidzenia, przetoki łzowéj i martwicy wyrostka nosowego szczęki górnéj, zapalenia twardówki, krótkiego wzroku, jaskry, śródmiąższowego zapalenia rogówki, mówi o obcych ciałach w gałce i operacyjach przez siebie wykonanych. Liczba ich ogólna wynosiła w roku zeszłym pokaźną cyfrę 324. W zapaleniach pooperacyjnych okłady lodowe zawsze kol. W. wielkie oddawały usługi, jak również w leczeniu rozlicznych zapaleń oka trójodek formilu dobrze skutkował. O używaniu środka tego przez kol. W. wspominaliśmy obszerniéj w sprawozdaniu z sekcyi lekarskiéj Tow. Przyj. Nauk (patrz Przegl. Lek. Nr. 11, 1882), dokąd téż czytelników odsyłamy. W końcu daje nam autor umiejętne zestawienie chorób ocznych i wykaz operacyj w roku zeszłym. Cała broszurka kol. Wicherkiewicza jest jedném słowem nader sumiennie i pilnie opracowaną i przynosi nie tylko zakładowi ale i jego kierownikowi zaszczyt i uznanie kolegów. *Św.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 18: Niedźwieckiego: Rany cięte, drążące do jamy brzusznéj, wypadnięcie kiszek itd., wyzdrowienie w krótkim czasie: Pawińskiego: O tak zwanym połowiczym skurczu serca (c. d.); W *Medycynię* Nr. 18: Korczyńskiego: Uwagi i spostrzeżenia kliniczne. II Kurcz gardziela z przyczyny wrzodu błoniczego (c. d.).

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie w Poniedziałek d. 15 maja r. b. o godz. 5 po poł. w Sali Akademi Umiejętności posiedzenie, na którém Dr. Lutostański mówić będzie o wodzie mineralnéj w Głębokiém.

Sprostowanie. W Nrze 17tym Przeglądu na stron. 226 pierwsza szpalta wiersz 22 z góry zamiast: *„feiner Stichnadel“* winno być: *„feinem Stichkanal“*. Na str. 227 pierwsza szpalta 8 wiersz od dołu zamiast: jaskrawe winno być: jaskrowe. Na str. 225 szpalta 1 wiersz 10 od dołu zamiast: gdy je czytaj: gdy ja.

Do Nru dzisiejszego dołącza się dla prenumeratorów w Cesarstwie austryjackiém: Rymanów, Zakład zdrojowo-kąpielowy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

W IWONICZU

ordynuje jako Lekarz zakładu

Dr. Klemens Dębicki

były asystent kliniki Uniw. Jagiell.

Kąpiele siarczane w Krzeszowicach

***pod Krakowem*,**

przy stacyi kol. żel. Krzeszowice,

od wieków znane ze swéj skuteczności, położone w czarującéj okolicy, wpośród lesistych wzgórzy i rozkosznych gajów, otwarte zostaną dla użytku chorych w dniu 1 Czerwca rb. Należąc do téj saméj rodziny wód co Baden i Akwisgran, wskazane są: w reumatyzmach, podagrze, skrofułach, chorobie angielskiéj, newralgijach, paraliżach, hemoroidach, katarach chronicznych nosa, krtani i oskrzeli, zatruciach metalicznych, chorobach macicy, skóry i syfilis. Zakład urządzony odpowiednio do najnowszych wymagań nauki; woda do kąpieli ogrzewana parą. Podczas sezonu kąpielowego ordynować będzie Dr. Kadler z Warszawy i miejscowy lekarz Dr. Dura; nadto chorzy mają zapewnioną pomoc lekarską najpierwszych powag Uniwersytetu krakowskiego. Oprócz prywatnych mieszkań, urządzonym jest dla chorych pensyjonat. Za pokój w pensyjonacie, z meblami, pościelą, usługą, zdrowém a nawet wykwintném jedzeniem, płaci się na dobę od 4 do 6 guldenów. Należność wnosi się za miesiąc z góry. Zamówienia do pensyjonatu przyjmuje Dr. Kadler w Warszawie, Krakowskie przedmieście Nr. 38. Reuniony w kursalu w Czwartki i Niedziele. Wycieczki do Ojcowa (2 mile), Tenczynka, Zwierzyńca, Zabieżowa i t. p. Na miejscu są trzy restauracyje, hotel, poczta, telegraf i apteka, w któréj wszelkiego rodzaju wód mineralnych dostać można.

Dzierżawcy zakładu kąpielowego: **Dr. Kadler, Dr. H. Stankiewicz.**

Pierwszy c. k. koncesyjonowany i przez Wys. Ministerstwo subwencyjonowany

ZAKŁAD KROWIANKOWY

pod kontrolą i nadzorem władz zdrowotnych

Wiedeń Alserstrasse 18.

Rozsełka codzienna świeżéj krowianki pod gwarancyją przyjęcia się.

HAY, lekarz.

Krowianka do szczepienia jednego dziecka wystarczająca 1 złr.

☞ Tylko szczepienie prawdziwą krowianką ochrania od naturalnéj ospy i wszelkich zaraźliwych chorób, które ze szczepienia limfą z dzieci zbieraną, często się pojawiają.

Dr. ANJELA

Zakład wodoleczniczy w Zuckmantel

(na Szlązku austryjackim)

Najbliższa stacyja kolei żelaznéj **Ziegenhals** jest o milę odległą. Leczenie za pomocą elektroterapii, mięsienia, kąpieli z igliwija. Zakład jest przez cały rok otwartym.

Dr. J. KOPERNICKI

Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego

jak dawniéj od **15 maja** ordynuje

W MARIENBADZIE

„Villa Trianon“ od 7 do 8 z rana i od 3 do 6 po południu.

Dr. Józef Kołączkowski

będzie ordynował jak w latach poprzednich

W SZCZAWNICY.

Karolowe Wary (Karlsbad)

Dr. Hordyński

ordynuje jak w latach poprzednich, jako lekarz zdrojowy w języku polskim, mieszka: Plac kościelny Triumphbogen.

ZAKŁAD WODOLECZNICZY

WEIDLINGAU pod Wiedniem

stacyja kolei zachodniéj (*Elisabeth-Westbahn*)
20 minut od Wiednia.

Otwarcie sezonu 20 Kwietnia

Lekarz zakładowy: ***Dr. Maksymilijan Gumplowicz.***

MEDAL ZASŁUGI

WODY LEKARSKIE

mineralne sztuczne:

Pyrofosforanowo-Żelazista, Selterska, Vichy, Litowa, Jodowa, Gorzka,

Szczawa alkaliczna na kształt Bilińskiéj,

aprobowane przez Świetne Towarzystwo Lekarskie i odznaczone medalem zasługi na Wystawie Lekarsko-Przyrodniczéj w Krakowie.

Składy w Krakowie:

W aptece **„pod Gwiazdą“** ul. Floryjańska; w aptece **„pod Słońcem“** Rynek Główny; w apt. **„pod Barankiem“** Rynek Mały; w aptece **„pod Złotą Głową“** Rynek Główny; w apt. **„pod Orłem“** na Kazimierzu; w handlu p. **Janigi** Rynek Główny.

We Lwowie w handlu p. **Ihnatowicza. W Brodach** w apt. p. **Witosławskiego. W Podhajcach** w handlu p. **J. Gross.**

Zakład Wód Gazowych Karola Rzący w Krakowie.

Od dłuższego czasu używam tak w klinice jakoteż w praktyce prywatnej, wód lekarskich, wyrabianych przez Pana K. Rzącę w Krakowie według wskazówek udzielonych mu przez Komisyję balneologiczną Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Przekonawszy się o skuteczności tych przetworów, jak niemniéj stwierdziwszy, że przyrządzane bywają bardzo starannie, mogę jak najsumienniéj polecić je do używania w praktyce lekarskiéj, a mianowicie:

Woda litowa, woda z pyrofosforanem żelazowym mocniejsza i słabsza mogą w zupełności zastąpić wody sztuczne tego nazwiska dotychczas z zagranicy sprowadzane. **Woda jodowa** oddaje znakomite usługi w przypadkach, gdzie z powodu cierpienia żołądka nie można używać przez czas dłuższy jodku potasu w zwykłéj postaci. **Sztuczna woda Selterska, woda Vichy i Szczawa alkaliczna na kształt Bilińskiéj** są równie skuteczne jak odnośne wody naturalne i dla tego mogą być używane z korzyścią w zastępstwie wód naturalnych.

Kraków 25 Marca 1882.

Prof. Dr. Korczyński
Dyrektor Kliniki lek. w Uniw. Jag

MEDAL ZASŁUGI · MEDAL ZASŁUGI · MEDAL ZASŁUGI

PROŚBA.

Szanowni Koledzy, którzy otrzymali dyplomy doktorskie w Wydziale Lekarskim Uniwersytetu krakowskiego w r. 1857 proszeni są o łaskawe nadesłanie wiadomości o teraźniejszém miejscu swego pobytu, a to celem porozumienia się piśmiennego. Wiadomości téj udzielić raczą wprost na Karcie korespondencyjnéj (jeśli łaska) koniecznie przed końcem Maja—pod adresem:

Dr. Jawurek w Zydaczowie Stacyja kolei Ruda Guzowska w Królestwie polskiém.
lub *Dr. Stummer* w Warszawie ulica Czysta Nr. 2.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 20 maja 1882. № 20. Rok XXI.

I. Ciekawy przypadek dwukrotnego wycięcia kawałków jelita — wyzdrowienie; kilka uwag o technice operacyjnéj na podstawie nowopodjętych doświadczeń.

Podał Dr. Rydygier.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

W połowie marca b. r. począł się chory uskarżać na bóle w okolicy odbytu nieprawidłowego przy wydzielaniu kału i dla tego postanowiliśmy dnia 20 marca przystąpić do powtórnéj operacyi. Plan ułożyłem sobie następujący: najprzód zamyślałem odszukać końce wyciętéj pętli i zeszyć je, a potém wyciąć kawałek jelita, w którym się znajdował odbyt nieprawidłowy i odcinki także szwem połączyć. Podczas operacyi musiałem jednakowoż od tego planu odstąpić, jak to poniżéj opiszę.

Chorego ułożono w pokoju przygotowanym jak zwykle do laparotomii. Cięcie rozpocząłem nad przetoką ku górze i nad nią téż otworzyłem jamę brzuszną. Potém przedłużywszy cięcie aż do brzegów przetoki okoliłem ją palcem pod ścianami brzusznemi i na palcu wyciąłem brzegi jéj tak, iż jelito stało się ruchomém i dało się na zewnątrz wyciągnąć. Po zawiązaniu przetoki przedłużyłem cięcie ku dołowi w dawniejszéj bliźnie, aby zyskać więcéj miejsca do odszukania dawniéj podwiązanych końców jelita. Mimo mozolnego i troskliwego szukania nie zdołaliśmy ich znaleźć. Postanowiłem więc wyciąć przetokę, zeszyć odcinki i pozostawić szew blizko rany brzusznéj częściowo tylko szwami zamkniętéj, aby każdego czasu, w razie gdyby się okazała niedrożność jelit, jamę brzuszną znowu otworzyć i końce wyciętego przy pierwszéj operacyi jelita odszukać. Sądziłem, że wtedy łatwiéj mi się to uda, bo jelito doprowadzające powinnoby się wzdąć i wypełnić kałem, podczas gdy w chwili operacyi dla znajdującego się w wyższéj części jelita odbytu nieprawidłowego musiało być próżne, jak sobie wyobraziłem. Najprzód więc odłączyłem jelito, przecinając śródjelicie bez poprzedniego założenia szwów ryczałtowych *(ligature en masse)*, każde krwawiące naczynie podwiązywałem z osobna. Następnie założyłem moje elastyczne uciskadła i wyciąłem kawał jelita cienkiego razem z przetoką. Podczas wycinania spostrzegliśmy w śródjeliciu pasek zgrubiały na 2cm. szeroki. Chcąc się przekonać, czy może tam w bliznach nie pozostają zanikłe końce odciętéj przy pierwszéj operacyi pętli, przecięliśmy go. Pasek wspomniany jednak zawierał tylko bliznowatą tkankę, tłuszcz i tętnicę większych rozmiarów. Rozcięcie to śródjelicia zmusiło nas do wycięcia większego kawałka jelita (zobacz uwagi w końcu rozprawy umieszczone), niżby to dla usunięcia odbytu nieprawidłowego pierwotnie było potrzebném. Długość wyciętego kawałka po stronie wypukłéj wynosiła 16cm. a 10cm. po stronie wklęsłéj. Dolny koniec wyciętego jelita znajdował się bardzo blizko zastawki Bauhiniego. Światła odcinków nie różniły się i mogliśmy po ścięciu skrawków błony śluzowéj, wystających ponad resztę ściany jelita, przystąpić zaraz do zeszycia. Do wewnętrznego szwu użyliśmy szwu kuśnierskiego założonego w sposób opisany w méj pierwszéj rozprawie o wycinaniu jelita (l. c.), do zewnętrznego 22 szwów Lemberta z katgutu. Sieć spoiliśmy 3 szwami. Następnie wpuściliśmy jelito do jamy brzusznéj i zeszyliśmy część rany ścian brzusznych; w otwartéj części obrąbionéj otrzewną zostawiliśmy zeszyte odcinki, będąc gotowym każdéj chwili przy pierwszych oznakach bezdrożności jelit do ponownéj operacyi. Opatrunek założono ściśle przeciwgnilny.

Po operacyi nie nastąpiły żadne groźne objawy; ciepłota wynosiła wprawdzie pierwszego dnia tylko 35,9°C., lecz zaraz następnego dnia podniosła się, a po dwóch dniach wróciła do prawidłowego stanu. Przedewszystkiém nie wystąpiły objawy niedrożności przewodu pokarmowego, jak się na pewno obawialiśmy, bo już na drugi dzień po operacyi ustąpiły wymioty, które pierwszego dnia jako skutek chloroformu się pojawiły. W 52 godzin po operacyi nastąpił pierwszy stolec *per anum*. Odtąd przebieg

był zupełnie normalny; rana coraz bardziéj się zmniejszała, aż na kilka dni przed wypuszczeniem chorego z zakładu, co dnia 20 kwietnia b. r. nastąpiło, zupełnie się zagoiła. Zaleciliśmy choremu nosić opaskę brzuszną, któraby zapobiegła przepuklinie brzusznéj w bliźnie.

Wielką było początkowo dla nas zagadką, jakim sposobem w tym przypadku pozostała drożność przewodu pokarmowego, mimo że tylko końce jednego z dwóch wyciętych kawałków jelita szwem połączyć było można. Dopiero po dokładném zbadaniu wyciętych kawałków rzecz się wyjaśniła. Otóż na kawałku jelita wyciętym przy drugiéj operacyi spostrzegliśmy bliznę tworzącą pierścień przerwany otworem odbytu nieprawidłowego. W miejscu blizny, która po rozcięciu i rozłożeniu jelita przedstawia prawie prostą linię w poprzek biegnącą, ściany jelita są cienkie, przeświecające, a światło jego nieco w tém miejscu zwężone. Nadto ściany jelita, wyciętego przy pierwszéj operacyi, końców dwóch wcale nie posiadają tworząc jakoby koło; pętla ta jest przytém w jednem ramieniu zwężona, błona zaś śluzowa téj części zupełnie gładką. Daléj widzieliśmy po pierwszéj operacyi, że podwiązka na szypułce razem z nią gdzieś w głębi przetoki ginie, a przypomniawszy sobie zgrubiały pasek w śródjeliciu, w którym przy drugiéj operacyi nadaremnie szukaliśmy zagubionych końców, doszliśmy do następnego rozwiązania tych zawiłych stosunków: Szyjka przepukliny po wpadnięciu chłopaka w dół tak zaciśniętą została, że część jéj uległa zgorzeli; zanim atoli zgorzel się oddzieliła, zdołały wewnętrzne zwłaszcza ściany ze sobą się zrosnąć i utworzyć przewód przerwany tylko w dolnéj ścianie otworem późniejszego odbytu nieprawidłowego. Od téj saméj ściany zwieszała się przepuklinowa pętla przyczepiona częściowo tkanką bliznowatą zastępującą ściany zgorzeli uległe. Jelito w przepuklinie zawarte pozostało wprawdzie drożne, lecz połączone tylko wązkim kanałem biegnącym wśród tkanki bliznowatéj z właściwém jelitem zwykle nie było napełniane kałem, który omijając pętlę przepuklinową wprost przez nowo utworzoną komunikacyję daléj się posuwał. W przepuklinę kał wchodził tylko w małéj ilości, a nie mając swobodnego odpływu wywołał przez zastój zapalenie i następnie przetoki. Preparaty przedłożę na przyszłym Zjeździe chirurgów w Berlinie. Przypomina nam to zajścia, jakie niekiedy natrafiamy przy wgłobieniu jelit, jeżeli wgłobiona część zgorzeli ulegnie i odpowiednie ściany się zlepią.

Tyle o naszym przypadku, a teraz jeszcze kilka słów o technice wycinania kawałków jelita w ogóle.

W wspomnianéj już pierwszéj méj pracy o wycinaniu kawałków jelita powiedziałem (l. c. pag. 537): „Najważniejszém przy odłączaniu śródjelicia, na co też Madelung na Zjeździe chirurgów wskazał, jest, żeby starannie unikać odłączenia śródjelicia od jelit. W 12 i 13 doświadczeniu umyślnie obydwa odcinki jelit odłączyłem od śródjelicia, a w obu razach nastąpiła zgorzel naokoło szwu, przedziurawienie i śmierć. Natomiast można nawet bardzo znaczne pętle nieprzeciętych jelit odłączać bez obawy o zgorzel, jak o tém świadczą doświadczenia 14, 15, 16, 17, 18 i 19." W doświadczeniach wspomnianych znajdujemy też bliżéj podane rozmiary odłączonego jelita: wynosiły one 5cm.; doświadczenia były podejmowane na psach. Znacznie późniéj doszła mnie praca Madelunga *in extenso* ogłoszona w *Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie*, w któréj podaje, że we wszystkich przez siebie podjętych doświadczeniach i nieprzecięte jelito oddzielone od śródjelicia uległo zgorzeli w téj rozciągłości, w jakiéj było oddzielone. Doświadczenia te robił na królikach, a tylko w jednym razie oddzielił psu jelito przecięte od śródjelicia.

Niezgodność taka wyników badań Madelunga i moich skłoniła mnie do podjęcia na nowo odpowiednich doświadczeń, a przypuszczając, że różność gatunku zwierząt do doświadczeń użytych wywołała sprzeczne wyniki, co zresztą już i Madelung nadmienia, oddzieliłem także u królików jelito od śródjelicia w 4 przypadkach i otrzymałem zupełnie zgodne wyniki z wynikami Madelunga. Jeden tylko królik niezdechł, któremu jednę tylko tętnicę śródjelitową podwójnie podwiązałem i pomiędzy podwiązkami śródjelicie przeciąłem nie dłużéj niż na 1cm. i w dość dalekiém oddaleniu od jelita. W 18 dni po operacyi zabiliśmy go i znaleźliśmy pętle jelita pomiędzy sobą pozrastane, ale drożne, a w zgrubiałém śródjeliciu dwa jedwabne podwiązania. Chcąc moje pierwsze doświadczenia na psach uzupełnić, podjąłem drugi ich szereg, w którym psom dłuższe kawałki niż 3cm. oddzielałem. I tak oddzieliłem kilku psom 9—15cm. jelita, a oddzielenie śródjelicia przedsięwziąłem tuż przy jelicie. Wszystkie te psy pozdychały. Obdukcyja wykazała we wszystkich przypadkach zgorzel zupełną oddzielonego jelita i zapalenie otrzewny; zawsze atoli widzieć mogliśmy, że zgorzel nie obejmowała nigdy całego ciągu odłączonego jelita: zawsze kawałek brzegu, niekiedy w długości 1,5cm., był wprawdzie zapaleniem zajęty, lecz zresztą nie różnił się wielce od innych części jelit. Przypuszczać zatém należy, że jelito oddzielone miało obustronnie w téj długości odżywienie, co zresztą zgadza się zupełnie z memi przeszłemi doświadczeniami.

Zestawiając ostatecznie wszystkie wyniki mych doświadczeń przyszedłem do przekonania, że:

1. Różne klasy zwierząt różnie znoszą oddzielenie nieprzeciętego jelita od śródjelicia. Zależy to, jak sądzę, od lepszego lub gorszego unaczynienia ścian samego jelita.

2. Im dłuższą część jelita od śródjelicia się oddziela, tém większe niebezpieczeństwo zgorzeli.

3. Zgorzel łatwiéj następuje, jeżeli zupełnie blizko jelita śródjelicie oddzielono.

Mimo, że doświadczenie uczy, że człowiek należy do stworzeń znoszących nieźle oddzielenie jelita, jak to widzimy np. w przypadku Madelunga samego (*Berl. klin. W.*, 1881, Nr. 6) i w przypadku Mörickego (*Zeitschrift f. Geburtshilfe u. Gynäk.* tom VII, str. 418), zgadzam się jednak z Madelungiem w zalecaniu wielkiéj ostrożności w odprowadzeniu jelita od swego śródjelicia oddzielonego, a w przypadkach, w którychby okazała się potrzeba oddzielenia jelita na kilkanaście centymetrów, nie wahałbym się wyciąć odpowiedni kawałek i założyć szew, zwłaszcza gdyby oddzielona pętla zmieniła zwykły kolor.

Na zakończenie jeszcze kilka słów o szwie jelitowym. W powyżéj opisanym przypadku użyłem do pierwszego rzędu szwu kuśnierskiego zaleconego przez siebie już w poprzedniéj swéj pracy, do drugiego rzędu zaś szwu Lemberta. Przy omawianiu szwu jelitowego w wzmiankowanéj już kilkakrotnie pracy powiedziałem o szwie Madelunga (*Knor-*

pelplattennaht), idąc za zdaniem Jaffego, które dosłownie przytoczyłem, „że trudno przypuścić, ażeby szew Czernego coś zyskał przez to powikłanie.“ Bo też sądząc tylko z opisu wydaje się szew Madelunga bardzo powikłanym. Nie chcąc atoli poprzestać na tym sądzie bez zbadania bliżéj rzeczy saméj podjąłem kilka doświadczeń, które przekonały mnie dostatecznie, że szew Madelunga nie jest wcale tak zawiłym, jak się z opisu wydaje i posiada wszelkie zalety, jakie mu Madelung przypisuje; nie potrzeba zwłaszcza tak wielkiéj liczby szwów zakładać, jak zwykle, bo ściany surowicze obszernie i dokładnie ze sobą łączy.

II. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

I.

Śmierć z zadławienia czy utonięcia.

Skreślił Prof. Dr. Blumenstok.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

Na podstawie tego orzeczenia mąż zmarłéj oskarżony został o morderstwo. Wezwani jako znawcy do rozprawy przed trybunałem przysięgłych Drowie C. i D. oświadczyli atoli, że do wydania orzeczenia potrzebują wyjaśnień ze strony obducentów, w skutek czego ostatni jako świadkowie wezwani i pod przysięgą przesłuchani zostali.

Dr. A. podał: Stan zgnilizny zwłok nie postąpił był tak mocno, aby można mówić o wyższym stopniu. Główną uwagę zwróciliśmy na krtań i szyję, a to w obec wzmianki przez sędziego śledczego nam zrobionéj. Po jednéj, czy po obydwu stronach krtani, stanowczo nie wiem, były pewne zewnętrzne ślady, a krtań przy uciśnięciu poddawała się. Po wyjęciu krtani stwierdziliśmy, że ciągłość chrząstki tarczowéj była przerwana, a szczeliny były śluzem pokryte. Chrząstka tarczykowa była przełamaną w dolnéj środkowéj części, tak że powyżej i poniżéj tego pęknięcia pozostały dwa mostki.

Na szereg pytań, zadanych świadkowi przez obu znawców, odpowiada tenże co następuje:

1) Czy przy wyjmowaniu zwłok zaszła jaka okoliczność mogąca tłumaczyć uszkodzenia na szyi? *Odp.* Stanowczo twierdzę, że żadna.

2) Czy zwłoki były dobrze odżywione? *Odp.* Dobrze.

3) Czy zgnilizna była wysoko posuniętą? *Odp.* Nie, oprócz plam pośmiertnych na grzbiecie i zasinienia powłok brzusznych oraz międzyżeber nie było zresztą innych śladów.

4) Po któréj stronie znajdowało się niebieskawe zabarwienie skóry na szyi, jakie były brzegi tegoż, czy różowo zabarwione zaczerwienienia skóry, o których w protokóle mowa, przedstawiały rzeczywiste cechy odcisków palców? *Odp.* Zdaje mi się, że siniec był więcéj po prawéj stronie, a odciski z lewéj strony, a odciski te z konturów i kształtu odpowiadały odciskom z palców.

5) Czy spojówki oglądano? *Odp.* Nie pamiętam.

6) Czy jamę oczną i ustną oglądano? *Odp.* Nie pamiętam.

7) Co okazały przekroje w miejscu zasinienia skóry na szyi i w 2 miejscach żywo zaczerwienionych? *Odp.* Nie robiono osobnych przekrojów.

8) Czy te miejsca żywo-różowo zabarwione były suche, pergaminowo-przyschłe, lub téż wilgotne? *Odp.* Nie pamiętam dokładnie, zdaje mi się, że wilgotne.

9) Czy w tkance łącznéj podskórnéj szyi, w mięśniach krtaniowych, po za krtanią i pomiędzy połykiem a stosem pacierzowym były wynaczynienia krwi? *Odp.* Nie przypominam sobie, twierdzę jednak stanowczo, że gdyby takowe były, byłbym to podał w protokóle.

10) Czy rysę w chrząstce tarczykowéj spostrzeżono przed, lub po otworzeniu krtani? *Odp.* Zdaje mi się, że przed otworzeniem.

11) Czy rozcięto tylną lub przednią powierzchnię krtani? *Odp.* Tylną.

12) W którém miejscu było przerwanie łączności chrząstki tarczykowéj, czy od wcięcia tarczykowego, lub téż od dolnego brzegu ku górze? *Opd.* Od górnego brzegu ku dołowi.

13) Jak się przedstawiały powierzchnie pęknięcia? *Odp.* Były zżółknięte i śluzem pokryte, a brzegi pęknięcia tworzyły szczelinę.

14) Jak wygląda błona śluzowa krtani, i czém była krtań wypełniona? *Odp.* Nie pamiętam.

15) Co było w tchawicy? *Odp.* Z tchawicy dobywała się woda i w oskrzelach była znaczna ilość wody, która się wylała po przechylaniu zwłok na bok.

16) Czy płyn różowo zabarwiony był pienisty, lub grubo- czy drobnobańkowy? *Odp.* Nie pamiętam.

17) Czy płuca wypełniały szczelnie jamy klatki piersiowéj i czy pokrywały serce? *Odp.* Płuca były duże, wypełniały jamę klatki piersiowéj, lecz czy pokrywały serce, nie pamiętam.

18) Czy płuca przy dotknięciu wydawały się gąbczaste, lub trzeszczące? *Odp.* Nie pamiętam.

19) Jak wyglądały powierzchnie przekrojów, czy przy ucisku wydzielało się coś z nich? *Odp.* Nie pamiętam, twierdzę jednak, że przy ucisku pienista ciecz się nie wydzielała.

20) Co zawierały zwłoki na podstawie czaszki, żyły główne szyjne i naczynia żylne do prawéj komórki serca prowadzące i czy krew była płynna i jak zabarwiona? *Odp.* Nie pamiętam.

21) Co zawierały jelita, jak wyglądała błona śluzowa? Co zawierał w sobie żołądek? *Odp.* Nie pamiętam.

22) Czy na opłucnéj i osierdziu itd. były wynaczynionki? *Odp.* Nie pamiętam.

23) Co rozumieć należy przez słowa „opona twarda mózgu nieco stężała.“ *Odp.* „zgrubiała.“

Chir. B. podał co następuje: Trupa wyjęto z trumny ostrożnie bez jakiegokolwiek uszkodzenia, koszula na trupie była zapiętą wielką spinką mosiężną. Zmarła była wyschniętą i wychudłą. Wynaczynień w spojówkach gałkowych nie było. W jamie ust nie było żadnego obcego ciała. Język był w jamie ust, zęby nie były ściśnięte. Brzuch był zielonkowaty, lecz nie wzdęty, zgnilizna nie posunięta daleko. Zasinienie skóry na szyi znajdowało się odpowiednio do chrząstki tarczykowéj z prawéj strony, kształt dwu miejsc po obydwu stronach sińca na szyi położonych a żywo zaczerwienionych był podługowaty, śladów od nacisków paznogciami nie było, zdarć naskórka także nie było a miejsca te były suchawe, a nie wilgotne. Cięcie zrobiłem od podbródka aż do spójni kości łonowych. Podbiegnięć krwi pod skórą szyi, w mięśniach krtaniowych nie było, przypominam sobie tylko, że skóra w miejscach sińca i zaczerwienienia była nieco ciemniejsza. Żywo zaczerwienione miejsca na szyi miały kształt nieregularny, po przecięciu tkanka łączna wyglądała ciemniéj. Przeciąłem tylną powierzchnię krtani i zobaczyłem, że pę-

knięcie chrząstki tarczykowéj szło od dołu ku górze, powierzchnie pęknięcia były żółtawe i ćme, powierzchnia zaś przecięć innych, dla porównania zrobione, były białe, błyszczące. Czy krtań była skostniała, nie wiem. Jak wyglądała błona śluzowa, nie pamiętam. Kość językowa nie była uszkodzona. Ciecz, która po usunięciu krtani przy przechyleniu zwłok na bok się wylała, była różowo zabarwiona i pienista, i to drobno pienista. Płuca wypełniały zupełnie jamę klatki piersiowéj, były rozszerzone i mocno rozdęte, przy nacięciach wydawały szelest trzeszczący i płyn różowy, brudny, pienisty; przykrywały częściowo serce i zawierały małą ilość krwi. Nie pamiętam, czy żyły szyjne główne były przepełnione krwią i czy krew była płynną i ciemną. Wątroba była ciemno-czerwona na przekroju, a śledziona na przekroju ciemno-wiśniowa. Żołądek nie zawierał prócz płynu bezbarwnego żadnéj innéj treści, wynaczynionek na błonie śluzowéj nie było. Po zdjęciu opony miękkiéj mózgowéj była krew skrzepła między zwojami mózgowemi. Zatoki u podstawy czaszki były pełne, nie pamiętam jaka w nich była krew. Powierzchnie pęknięcia chrząstki tarczykowéj były żółtawo zabarwione. Zwłoki mogły ważyć około 40 klgm.

Po wysłuchaniu obducentów jako świadków łekarze sądowi Drowie C. i D. wykluczyli śmierć z zadławienia, dodając co następuje: Gdy nie ma żadnego dodatniego dowodu, przemawiającego za zadławieniem, zastanowić się musimy nad tém, czy obdukcyja nie dostarczyła dowodu do przypuszczenia śmierci z u t o p i e n i a. W tym względzie mamy bardzo ważne dane:

1) wylanie się z tchawicy 100 gramów różowo zabarwionéj drobno pienistéj cieczy, a więc z krwią i powietrzem zmięszanéj

2) płuca wypełniające szczelnie obie jamy klatki piersiowéj, tak że po części pokrywały serce, rozszerzenie i mocne ich wzdęcie z trzeszczeniem na przekroju i wydzielaniem płynu różowego, brudnego, pienistego. Wszystkie te dane przemawiają stanowczo za tém, że płyn wody już za życia denatki dostał się do dróg oddechowych i wywołał uduszenie; przemawia za tém także ilość 60grm. płynu znalezionego w żołądku. Orzekamy więc stanowczo, że śmierć nastąpiła przez utopienie. Czy takowe było dobrowolném lub gwałtownėm, stanowczo powiedzieć nie można.

Z powodu tego orzeczenia Prokuratoryja rządowa zażądała przerwania rozprawy i przesłania aktów Wydziałowi Lek. w Krakowie, na co Sąd się zgodził.

Orzeczenie Wydziału było treści następującéj:

1) Oględziny zwłok N. N. uskutecznione w d. 11 listopada 188* są niedostatecznemi w podwójnym kierunku; albowiem

a) podczas gdy świadkowie jednocześnie podają, że N. N. była garbatą i od dłuższego czasu schorzałą, protokół sekcyjny nietylko nic o téj ułomności nie wspomina, ale nadto podaje, że ciało było dobrze odżywione i że prócz rozedmy płucowéj (i to nie opisanéj) nie przedstawiało żadnych zmian chorobowych. Z tego powodu brak wszelkiéj podstawy do ocenienia schorzałości denatki, a tém samém do rozstrzygnięcia pytania, czy N. N. była w stanie o własnych siłach udać się do studni, o 63 kroki od chałupy odległéj.

b) PP. obducenci znaleźli na szyi jakąś plamę, którą nazywają sińcem, pomimo, że w protokole nie ma wzmianki o nacinaniu téj plamy, a śród rozprawy przyznali wyraźnie, że plama nie była naciętą; następnie znaleźli pęknięcie chrząstki tarczykowéj w miejscu połączenia się ze sobą płyt obydwóch chrząstki, ale opis znów jest niedokładny i odmienny w protokóle i śród rozprawy.

2) W obec braku opisu odpowiedniego nie ma podstawy do przypuszczania, jakoby owa plama na szyi była sińcem a szczelina pomiędzy płytami chrząstki tarczykowéj pozostawała z nią w związku przyczynowym; wcale zaś nie ma podstawy do twierdzenia, jakoby owa plama i szczelina chrząstkowa powstały skutkiem dławienia. Przeciwnie według wszelkiego podobieństwa do prawdy owa plama była zwykłą plamą trupią, która tém łatwiéj powstać mogła, o ile w obec położenia, w którém denatkę w wodzie znaleziono, znajdowała się na miejscu względnie najniższém; szczelina zaś w chrząstce tarczykowéj, któréj nie towarzyszyło podbiegnięcie krwi, powstała albo śród wydobycia zwłok ze studni, albo prawdopodobniéj podczas sekcyi, a mianowicie pęknięcie podobnie następuje, gdy po przecięciu tylnéj ściany krtani roztwiera się krtań, celem obejrzenia jéj wnętrza.

3) Jeżeli na opisie powierzchownym polegać można, to w obec faktu, że śmierć była nagłą i że sekcyja nie wykazała zmian śmierć w inny sposób tłumaczyć mogących, przypuścić należy, że N. N. umarła z u d u s z e n i a.

4) Ponieważ przypuszczenie obducentów, jakoby N. N. umarła z zadławienia, niczém nie jest uzasadnionėm, przychylić się raczéj należy do zdania drugich znawców, że uduszenie N. N. nastąpiło skutkiem dostania się jéj do wody.

5) P r z e c i w temu rodzajowi śmierci w danym przypadku nic nie przemawia; z a n i m przemawia obecność większéj ilości płynu w drogach oddechowych i pokarmowych. Jakkolwiek nie podobna wykluczyć możności, że płyn ten dostał się dopiero po śmierci do tchawicy i dróg oddechowych, zwłaszcza śród wydobywania zwłok ze studni, to przecież prawdopodobniejszém jest dostanie się onego za życia, już to ze względu na większą jego ilosć, już téż to z powodu, że w danym przypadku obecność jego licuje z drugim objawem, spostrzeganym przy sekcyi, t. j. z częściowém przynajmniéj krzepnieniem krwi. Jak bowiem śród tonięcia płyn dostaje się do dróg oddechowych dopiero pod sam koniec życia, i to w miarę im dłużéj trwają oddechy końcowe, tak i krew przestaje być płynną, jeżeli śmierć skutkiem duszenia nie następuje bardzo prędko.

6) Z tego powodu przypuścić należy, że N. N. według wszelkiego prawdopodobieństwa umarła skutkiem uduszenia się we wodzie. Czy jednak umarła z u t o n i ę c i a (przypadkowego, dobrowolnego), lub téż z u t o p i e n i a, o tém dla braku podstaw orzekać nie podobna. Brak śladów walki i obrony, oraz pozostawienie odzieży na cembrzynie, przemawiać się zdaje za samobójstwem; jednakowoż i śmierci gwałtownéj przez utopienie żadną miarą wykluczyć nie można jeżeli prawdą jest, że denatka poprzednio mocno była schorzałą.

W skutek tego orzeczenia Prokuratoryja odstąpiła od oskarżenia przeciw mężowi zmarłéj.

„*Quemcunque livorem pro sugillatione, pro signo illatae violentiae declarant,*“ —sto lat upływa właśnie, odkąd P l o u c q u e t zarzut ten uczynił swoim kolegom, a pokazuje się, że po dziś dzień zarzut ten jest usprawiedliwiony. Jeżeli pomimo nacinania plam podejrzanych lekarz czasem nie może rozróżnić sińca od plamy trupiéj, to już wcale nie ma prawa oświadczyć się za sińcem, jeżeli plamy nie naciął. Za-

sadą atoli jest, aby wszystkie plamy na trupie spostrzeżone nacinano i aby o każdém nacinaniu była wzmianka w protokóle; niestósowanie się do téj zasady zdolném jest spaczyć całe dochodzenie sądowe a nie pomoże wtedy i przesłuchanie obducentów śród rozprawy, bo trudno spodziewać się, aby obducenci w kilka miesięcy po sekcyi pamiętali, które miejsca nacięli a których nie, i co po nacięciu znaleźli. Nie każda też plama na szyi, chociażby się okazała krwią podbiegłą, świadczy o dławieniu; można je przypuścić wtedy tylko, jeżeli z obydwóch stron szyi znachodzą się sińce charakterystyczne, a mianowicie po jednéj stronie siniec lub otarcie odpowiadające paluchowi, a po drugiéj jeżeli już nie 4 to przynajmniéj 2 lub 3 sińce, odpowiadające brzuścom palca wskazującego, środkowego i pierścieniowego. Częstokroć spotykamy się též po dławieniu z wynaczynionkami w warstwach głębszych, a nawet z pęknięciem chrząstek krtaniowych. W przypadku powyższym miano wprawdzie znaleść uszkodzenie chrząstki tarczykowéj, ale już to dla opisu niedokładnego i chwiejnego, już téż to dla braku wynaczynionek, trudno było oświadczyć się za powstaniem tego uszkodzenia za życia, pomimo że złamania chrząstek krtaniowych w istocie zdarzają się najczęściéj za życia; jakkolwiek jednak o wiele trudniéj wywołać urazowe złamanie ich po śmierci człowieka, to przecież śród sekcyi pęknięcie podobne, jak je obducenci opisali, zdarza się często i łatwo, jeżeli się krtań otwiera z tyłu. Tym sposobem nie było podstawy, aby przypuścić dławienie, a tém mniéj zadławienie. Wprawdzie w obec zeznania córek zmarłéj, jako ostatnia była tak schorzałą, że bez cudzéj pomocy z izby nie wychodziła, zachodzi wątpliwość, czy ona była w stanie dojść sama do studni o 63 kroki odległéj, ale sekcyja nie wykazała żadnego charłactwa, co większa nie było wzmianki o tém, że zmarła była garbatą, a nawet obducenci sprzecznie opisali jéj odżywienie.

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Leyden: O suchotach cukrzycowych.

Suchoty u diabetyków objawiają się często pośród tak niedostrzegalnych objawów, że łatwo mogą ujść uwagi lekarza. Chorzy nie kaszlą, lub też bardzo mało, gorączka nieznaczna daje się łatwo wytłumaczyć innemi przyczynami, niekiedy nawet jéj brak. Tymczasem przebieg jest niekiedy nader raptowny. Poszukiwania Leydena w kierunku anatomicznym dotyczą 7 przypadków. Na podstawie tych przypadków zwraca L. uwagę: 1) na brak gruzełków prosówkowych, w ogóle na brak ogólniejszych znamion gruźlicy; 2) na rzadkie występowanie komórek olbrzymich, z czego należałoby wnosić, że suchoty diabetyków są procesem więcéj miejscowym (naturalnie, jeżeli komórki olbrzymie mają jakieś szczególniejsze w gruźlicy znaczenie); 3) na znaczną i rozległą *arteriitis*, zajmującą stosunkowo grube pnie tętnicze a dochodzącą aż do najdrobniejszych gałązek.

Usposobienie diabetyków do zmian chorobowych w drobnych tętnicach należy tłumaczyć: zmniejszoną ilością krwi, zagęszczeniem krwi, zmniejszeniem siły popędowéj (*Treibkraft)* serca, ogólném osłabieniem systemu mięśniowego.

Powstawanie suchot płucnych u diabetyków nie da się, a przynajmniéj z wielką trudnością, pogodzić z zapatrywaniem rozpowszechnioném przez powagi takie, jak Cohnheim, Rindfleisch etc. o przyczynach zakaźnych w gruźlicy. Działanie takiego *Virus tuberculosum* dałoby się w tym razie tylko wtedy pojąć, gdybyśmy przypuścili, że przyrzut ten jest tak rozpowszechnionym, że każdy słabszy organizm, niemający dość siły odpornéj, musi mu uledz. Jednakowoż przypuszczenie takie nie ma żadnéj podstawy, a codzienne doświadczenia wprost mu się sprzeciwiają.

Co do przyczyn usposabiających do suchot płucnych, to Leyden przytacza następujące:

Ubytek znaczny wody w składzie krwi. Do tego przyłącza się utrata znaczna istot tkankotwórczych. Takie zboczenia w ustroju sprowadzają prócz moczówki cukrowéj także długotrwałe ropienia, zbyt długotrwające karmienie, choroby połączone ze znaczną utratą wody i soków odżywczych z ustroju, jak np. cholera. Tymczasem procesy hydremiczne, jak np. w *Anaemia perniciosa*, mimo że są przyczyną znacznéj utraty istot tkankotwórczych, to przecież nie usposabiają do suchot, bo krew i tkaniny mają poddostatkiem wody. — Inne spostrzeżenia znów pouczają, że stosunki ułatwiające dopływ krwi (*Blutflüssigkeit*)[1]) do płuc, przeszkadzają powstaniu gruźlicy, i naodwrót stosunki utrudniające ten dopływ usposabiają lub przynajmniéj wzmagają usposobienie do suchot. Tak np. między innemi tętniaki aorty są częstokroć powodem do powstania suchot. Zwrócili na to pierwsi uwagę Francuzi, a Leyden się zgadza zupełnie z tém zapatrywaniem.

„Jaka jest przyczyna tak trudnego wyleczenia jam gruźliczych? Czy spoczywa w zmianach chorobowych płuc, a szczególniéj naczyń płucnych lub może należy jéj szukać w ogólnych stosunkach ustrojowych, lub też może przypisać ją należy działaniu jakiegoś swoistego przyrzutu? Nie sądzę, aby można już teraz pytanie to rozstrzygnąć, i żeby koniecznie wnioskować o istnieniu jakiegoś swoistego przyrzutu..... Jeżeli jednak nawet zgodzimy się na istnienie takiéj istoty zakaźnéj, to zdaniem mojém jest niezbitém przypuszczenie, że przyrzut ten u człowieka nader rzadko dostaje się do organizmu z zewnątrz, lecz zwyle rozwija się w samym ustroju z serowatych produktów, ze zmienionych złogów zapalnych, i że przemiana ta wsteczna jest znów następstwem pewnych nieprawidłowości ustrojowych, z których część wymieniliśmy powyżéj. Jeżeli nawet przypuścimy działanie tego przyrzutu w pierwszych okresach suchot płucnych, to musimy sobie chyba wyobrazić, że zostaje on długi czas zlokalizowanym skutkiem procesu reakcyjnego w tkankach go otaczających i dopiero skutkiem jakichś szczególniéj przypadkowych i sprzyjających mu warunków, lub też po długotrwającym i postępującym rozwoju procesu miejscowego ogarnia cały organizm.“

„Co do mnie, to nie mogę się pochwalić dobremi wynikami leczenia dezinfekcyjnego, mimo wielu ostrożnych doświadczeń i prób w tym względzie. Mogę tylko ostrzedz przed nieostrożném stósowaniem tego leczenia, bo drażniące środki, do inhalacyj używane, mogą tylko jeszcze zwiększyć stan zapalny oskrzeli i płuc samych. Leczenie, które najwięcéj uznania znalazło, polega na oddaleniu szkodliwych czynników mogących płuca zadrażnić, i na wzmocnieniu

[1]) Trudno oddać czasem myśl zawartą w słowie złożoném języka niemieckiego. Z tego powodu, nie chcąc, aby przypadkiem kto źle zrozumiał myśl autora, podaję w nawiasach wyraz niemiecki w oryginale użyty. Poniżéj podaję tłumaczenie, o ile można dosłowne, ustępu, który ze względu na trzeźwość zapatrywania i loikę we wnioskowaniu zdawał mi się być nader ważnym i zajmującym. (*Dop. Sprawozdawcy).*

ogólném ustroju. W tym względzie działają zgodnie wszystkie metody leczenia tak w sanatoryjach jak i miejscach kąpielowych i klimatycznych, a zdaje mi się, że nie należy się zapuszczać w dysputę, która z tych metod na pierwszeństwo zasługuje, lub też drugą przewyższa. Należy tutaj stósować się zawsze do usposobienia indywidualnego." (*Zeitschrft für kl. Med. Bd. IV*). *Dr. Kopff.*

Dr. Zesas: **O białkomoczu występującym po pędzelkowaniu skóry nastojem jodowym.**

Jules Simon zwrócił pierwszy uwagę na białkomocz chwilowo pojawiający się u dzieci po pędzelkowaniu skóry nastojem jodowym, stwierdziwszy go cztery razy w 11 przypadkach. Aleksander Badin potwierdził spostrzeżenie Simona u kilku dzieci, nie znalazł jednak ani razu białka w moczu u 20 dorosłych, którym dość obszerne miejsca skóry pędzelkował nastojem jodowym. Z. przytacza przypadek białkomoczu u 41-letniego mężczyzny, któremu z powodu zapalenia stawu kolanowego polecił kolano nastojem jodowym, pędzelkować. Po czterokrotném zapędzelkowaniu czuł się chory w nocy bardzo słabym, miał wielkie pragnienie i obudził się z bólem głowy. Rano nie stwierdził Z. gorączki, znalazł jednak w moczu dość sporą ilość białka. Wstrzymano pędzelkowanie jodowe, i już po 3 dniach nie było w moczu ani śladu białka; gdy po kilku dniach pędzelkowanie na nowo rozpoczęto, powrócił białkomocz po 3 dniach, lecz tylko na czas krótki, bo z obawy przed cierpieniem nerek kolana więcéj nastojem jodowym nie pędzelkowano.

Podobny przypadek ogłosił w *Charité Annalen* z r. 1881 Dr. Jacubasch: U 25-letniéj panny, któréj z powodu guza dolnéj części brzucha pędzelkowano nastojem jodowym skórę na prawéj dolnéj stronie brzucha na przestrzeni około 700 kw. cm., mocz przybrał po 2 dniach zabarwienie czerwonawe, był mętnym i zawierał liczne ciałka krwi czerwone jakotéż przybłonki z kanalików moczowych. Pod wieczór tegoż dnia wystąpiły objawy lekkiéj gorączki a już nazajutrz dała się w moczu wykazać dosyć spora ilość białka, które zniknęło po zaprzestaniu pędzelkowania. Zjawisko to tłumaczy Badin w ten sposób, że u dzieci z powodu łatwiejszego chłonienia skórnego wolny jod dostaje się do krwi i białkomocz wywołuje, u dorosłych zaś z powodu powolnego chłonienia jod przechodzi w jodek sodowy i jako taki dostaje się do krwi. Z. zaś, stwierdziwszy białkomocz w rzadkich przypadkach i u dorosłych, tłumaczy go sobie indywidualną delikatnością i cieńkością przyskórka, w skutek czego jod wolny łatwiéj i prędzéj bywa wessanym do krwi, a przechodząc przez nerki sprawia zadrażnienie tychże i białkomocz. (*Wien. mediz. Woch.* Nr. 18. 1882). *Dr. Wasylewski.*

Schoeler i Uhthoff: **Znaczenie fluorescencyi dla wymiany cieczy w oku. Studyjum doświadczalne.**

Po treściwéj wzmiance o wynikach dotychczasowych prac doświadczalnych nad wymianą cieczy w oku (Memorski, Bence-Jones, Adamiuk, Schwalbe, Leber, Knies, Weiss, Deutschmann i Ulrich) autorowie zarzucają im przedewszystkiém, że badanie odbywać się musiało na oczach martwych i podnoszą ważność metody, za pomocą któréj spostrzeżenia takie uskuteczniaćby można bezpośrednio w oku żywém. Taki sposób badania odkrył i opisał Ehrlich (p. Nr. 19 Przegl. Lek.) posługując się do doświadczeń fluoresceiną, która występując z krwi silnie zabarwia tkaniny a wstrzyknięta pod skórę przechodzi z krwi w sposób wprost widzialny do cieczy wodnéj. Na podstawie własnych doświadczeń z fluoresceiną autorowie zgadzają się z Ehrlichem, że ciecz wodna odradza się w tylnéj komórce, natomiast nie zgadzają się z nim w tém, jakoby na obwodzie tęczówki znajdować się miały dwa ogniska wydzielnicze a utrzymują na podstawie licznych doświadczeń, spostrzeganych tak przy swietle dziennėm jako téż i sztucznėm, przy źrenicy szérokiéj i wązkiéj, że wszelkie zabarwienie zielone, ukazujące się w komórce przodkowéj bierze swój początek z po za brzegu źrenicznego. Zrazu wysuwa się z po za tęczówki punkt, późniéj smuga w obrąb źrenicy, tworząc smugę Ehrlichowską. Z początku ciecz wodna zupełnie jest wolną od wszelkiego zabarwienia, dopiero późniéj, gdy smuga zielona zabarwi się mocniéj, zabarwienie przechodzi czasem nieco i na tęczówkę. Jakkolwiek smuga Ehrlichowska zawdzięcza, zdaniem autorów, niewątpliwie powstanie swoje ruchowi cieczy w komórce przodkowéj, widzą się oni przecież zniewoleni dodać, że zmiany jéj postaci tłumaczą się tylko zmiennym kierunkiem i siłą prądu cieczy zabarwiającéj, wydobywającéj się z po za tęczówki. Linija Ehrlichowska nie tylko nie odpowiada prądowi cieczy, który według Ulricha przechodzić ma z ciałka szklanego przez kanał Petita albo obwódkę Zinna i na wskróś przez tęczówkę, lecz owszem wyklucza go na pewno u zwierzęcia żywego w obec braku zabarwienia przodkowéj powierzchni tęczówki i bezbarwnéj cieczy wodnéj. Gdyby bowiem na przodkowéj powierzchni tęczówki znajdowały się ogniska wydzielnicze, albo nawet tylko drogi ciecz przepuszczające, objawiaćby się to musiało odpowiedniém zabarwieniem zielonėm. W warunkach więc prawidłowych swobodny przepływ cieczy z komórki tylnéj do przodkowéj nie jest wcale przerwany, lecz owszem ciecze wydobywają się właśnie z po za tęczówki. Celem zbadania wymiany cieczy w oku za pomocą fluoresceiny autorowie: 1) wstrzykiwali ją do ciałka szklanego (Knies) lub komórki przodkowéj; 2) pod skórę (Memorski, Ulrich, Ehrlich) zazwyczaj w ilości 3 cm. sz.; 3) Wkraplali ją do worka spojówki lub na rogówkę. Wyniki otrzymane za pomocą tych doświadczeń autorowie sami streszczają w końcu swéj rozprawy jak następuje:

1. Fluoresceina w rozczynie (1 : 5) jest istotą zdolną dyfuzyi i przenika wszystkie warstwy rogówki tak od przybłonka przodkowego jako téż i od komórki przodkowéj. Dostaje się ona tak ze środka rogówki jak i od worka, a względnie od rąbka spojówkowego, do komórki przodkowéj. Tak samo widzieć ją można występującą z komórki przodkowéj przez rąbek spojówkowy i rozchodzącą się w spojówkę. Po wstrzyknięciu podskórném ulegają również fluorescencyi spojówka, błona mrużna, ciecz łzowa, rogówka i twardówka.

2. W stanie prawidłowym tęczówka nie odgradza tylnéj od przodkowéj komórki (Grünhagen, Knies, Ulrich, Ehrlich), lecz owszem ciecz wodna odnawia się ciągle z komórki tylnéj. Tylko w warunkach chorobowych (zanik ciałka rzęskowego) odżywianie rogówki i wydzielanie cieczy wodnéj odbywa się od rąbka spojówki a nie z komórki tylnéj.

3. Nie ma prądu cieczy wydobywającego się z ciałka szklanego po przez obwódkę Zinna lub kanał Petita i na wskróś po przez tęczówkę do komórki przodkowéj.

4. Przodkowa powierzchnia tęczówki nie ma udziału w odnawianiu cieczy wodnéj, lecz wydzielają ją naczynia ciałka rzęskowego i tylnéj powierzchni tęczówki (kąt wy-

dzielniczy). Skutkiem tego prądu cieczy powstaje smuga Ehrlichowska, biorąca swój początek zawsze na brzegu źrenicznym z po za tęczówki.

5. Wydzielanie nie odbywa się równocześnie na całéj przestrzeni kąta wydzielniczego, a pojawianie się lub brak smugi Ehrlichowskiéj, jako też jéj postać i kierunek zawisły od ilości i położenia naczyń kąta wydzielniczego, biorących udział w wydzielaniu.

6. Prąd cieczy w oku idzie od kąta wydzielniczego po większéj części wzdłuż tęczówki przez źrenicę do komórki przodkowéj, podczas gdy w mniejszéj części wymiana cieczy odbywa się między kątem wydzielniczym a soczewką przez kanał Petita i do ciałka szklanego. Ciałko szklane i komórka nie są więc przestworami od siebie oddzielonemi.

7. Jeżeli fluoresceina przejdzie przed wydzieleniem się przez układ naczynny oka (wstrzyknięcie podskórne), dostaje się ona do soczewki i do ciałka szklanego tylko w bardzo nieznacznéj ilości i znika z nich szybko, tak, iż w ostatniém spostrzegano ją najdłużéj przez cztery godziny. Po wstrzyknięciu przeciwnie do komórki przodkowéj fluoresceina dostaje się bardzo obficie do soczewki; po wstrzyknięciu zaś do ciałka szklanego tylko wtedy, ale za to bardzo obficie, jeżeli wprzód przeszła do komórki przodkowéj. Z występowaniem fluorescencyi cieczy wodnéj pojawia się zwolna zabarwienie soczewki i utrzymuje się przez tygodnie i miesiące, chociaż oko zresztą zupełnie od niéj jest wolne.

8. W soczewce ciecz zabarwiona postępuje od kory do jądra i znika z niéj w tym samym porządku. Do najgłębszych części jądra zabarwienie dochodzi dopiero po 2 do 3 tygodniach.

9. Ciałko szklane nie ma udziału w odżywianiu soczewki, bo mimo najmocniejszego zabarwienia wszystkich jego warstw soczewka nie zabarwia się całemi dniami, jeżeli nie pojawi się naprzód zabarwienie cieczy wodnéj. Wystąpienie ostatniego po wstrzyknięciu do ciałka szklanego nie odbywa się gotowemi drogami fizyjologicznemi, sprzyja mu zaś i wywołuje je podwyższenie ucisku w ciałku szklaném zarówno jak jego obniżenie w komórce przodkowéj.

10. Otwarcie komórki przodkowéj (przekłócie rogówki, sklerotomija, irydektomija) zmienia wydzielanie cieczy z kąta wydzielniczego tak co do ilości jakotéż i co do jakości i wpływa następnie skutkiem tego na wymianę materyi w soczewce jak i w ciałku szklaném. Wybitne znaczenie otwarcia komórki przodkowéj pod względem wymiany materyi ujawnia się w doświadczeniach z fluoresceiną bezpośrednio tak szybkością jak ilością zabarwionéj wydzieliny.

11. Wydzielanie cieczy wodnéj podlega wpływowi nerwów. Przecięcie części szyjnéj n. współczulnego, tak z wycięciem górnego zwoju szyjnego jako też i bez niego, przyspiesza pojawienie się wydzieliny zabarwionéj mniéj więcéj o połowę zwykłego czasu a zmniejsza ciecz wydzieloną pod względem jéj jakości. Podskórne wstrzyknięcie fluoresceiny podaje nam więc nowy sposób rozpoznawczy do oznaczenia chorób nerwów odżywczych, których dotąd nie umieliśmy rozpoznawać. Wydzielnicze i okoźreniczne włókna n. współczulnego opuszczają rdzeń pacierzowy w odrębnych korzeniach, tak, że oko posiada osobne nerwy wydzielnicze.

12. Przecięcie n. troistego wśród czaszki przyspiesza, zwiększa i zmienia wydzielanie w oku jeszcze bardziéj aniżeli przecięcie części szyjnéj n. współczulnego.

13. Gdy przecięcie $^3/_4$ części pnia n. troistego w najdaléj ku tyłowi położonéj części zwoju Gassera nie zrządza zmiany wydzielniczéj w oku, jeżeli tylko najbardziéj przyśrodkowa jego część nienaruszoną pozostała, wynika więc z tego, że włókna wydzielnicze, przeznaczone dla oka, przebiegają w téj $^1/_4$, najbardziéj przyśrodkowéj części n. troistego. *(Jahresbericht über die Wirksamkeit der Augenklinik von Prof. Dr. Schöler in Berlin im J. 1881 str. 52—92).* *Rydel.*

Schapiro: **Wpływ postawy na tętno.**

Wpływ postawy na częstość uderzeń serca, aczkolwiek już w r. 1732 zwrócił nań uwagę Bryan Robertson, nigdy nie został dostatecznie wyjaśnionym. Przypisywano go różnicy zachodzącéj w stanie mięśni podczas postawy pionowéj i pozioméj, lecz największe powagi naukowe skłaniały się do przyjęcia tłumaczenia, podanego przez Mareya, że opóźnienie tętna w postawie poziomej jest wynikiem ogólnego wzmożenia się ciśnienia krwi, zawisłego od trudności, jakie napotyka serce w wypróżnianiu się w téj postawie. Ostatnim, który się tą sprawą zajmował, był Schapiro w Petersburgu, doszedł on także do wniosku, że wynik przypisać wypada zmianie ciśnienia w sercu i naczyniach. Znalazł on, że ciśnienie krwi w tętnicy promieniowéj jest znacznie wyższe w postawie poziomej niż pionowéj, a badał też wpływ zmiany postawy na częstość tętna, gdy tętnica udowa jest uciśnięta tuż pod więzadłem Pouparta. Z tych spostrzeżeń wnosi: że u zdrowych różnica w częstości tętna w postawie poziomej i pionowéj może dojść od 1 do 30 na minutę. W postawie pionowéj ciśnienie w sercu i tętnicach jest o 2—3 mm. wyższe niż w postawie pionowéj. W postawie poziomej uciśnienie tętnicy udowéj, zwiększające ciśnienie tętnicze, zmniejsza częstość tętna. W chorobach serca, dopóki kompensacyja ma miejsce, postawa taki sam wpływ wywiera na tętno jak u zdrowych. Jeżeli jednakowoż kompensacyja jest niedostateczną, postawa pozioma nie zmniejsza częstości tętna a nawet może ją powiększyć. W tym punkcie Schapiro różni się od Gravesa, który uważał brak prawidłowego wpływu za objaw przerostu serca. W niektórych ogólnych chorobach, jak w durze, częstość tętna nie zmniejsza się ani w postawie poziomej ani też po uciśnięciu tętnicy udowéj. *(The Lancet* 1882, I. Nr. 12). *Dr. Grabowski.*

Wiadomosci pomniejsze.

(L. K.) **Nowe spostrzeżenia nad drogą, jaką się rtęć z ustroju wydziela.** Na posiedzeniu Sekcyi balneologicznéj Towarzystwa lekarskiego w Berlinie dnia 18 marca, Schuster z Akwizgranu miał odczyt: *Über die Ausscheidung des Quecksilbers mit Rücksicht auf die Schwefelthermen*". Prelegent udowadniał na podstawie licznych rozbiorów chemicznych, że rtęć wprowadzona do organizmu zostaje napowrót wydzieloną głównie przez stolce. Rtęć, zdaniem prelegenta, znajduje się w ustroju przeważnie w stanie rozpuszczonym. Daléj dowodził S., że kwas siarkowodowy przechodzi jako taki w krążenie krwi, i że w krążeniu wątroby znajduje się jeszcze niezmienionym. Jeżeli się zatém w wątrobie spotka z rtęcią, która się tutaj złożyła, przemienia ją na nieszkodliwy siarczek rtęci. *(Allg. med. C Ztg.* Nr. 24, 1882).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie II dnia 18go stycznia 1882 r.

Przewodniczący: kol. Paszkowski. Członków obecnych 36.

1) Przewodniczący z [illegible] enie krótkiém prze-

mówieniem, wzywając członków do przedsiębrania prac i do udziału w dyskusyi na posiedzeniach Towarz. W dalszym toku zachęca do wzięcia jak najliczniejszego udziału w Zjeździe lekarzy czeskich mającym się odbyć w maju r. b. W końcu w imieniu kol. Jordana i swojém dziękuje za dowód zaufania okazany wyborem i prosi o poparcie, aby Tow. i w tym roku chlubnie z zadania swego wywiązać się mogło.

2) Kol. doc. Obaliński przedstawia 6-letniego chłopca, u którego dnia 5go grudnia wypiłował staw łokciowy prawy z powodu grzybowatego zapalenia tegoż. Cięcie podłużne sposobem Langenbecka; opatrunek jodoformowy w ogóle tylko 4 razy zmieniany. Zupełne zagojenie w 4ch tygodniach. Dzisiaj chory włada dość dobrze i bez bólu odnogą a prelegent ma nadzieję, że po kilku tygodniach takiego ćwiczenia powrócą ruchy prawie zupełnie prawidłowe. Pomyślny wynik przypisuje prelegent wczesnie przedsięwziętéj operacyi, bo wykonanéj już w pół roku po rozpoczęciu się choroby. Nadto zwraca prelegent uwagę, że w kościach wypiłowanych znaleziono równie jak i w zwyrodniałéj torebce stawowéj pod drobnowidem gruzełki (*tuberculosis localis*) i że choroba ta rozpoczęła się skutkiem uderzenia się w staw łokciowy w kilka tygodni po przebytéj ospie. W ostatnich czasach zwrócił Lücke uwagę na ten moment etyjologiczny, twierdząc, że nie wszystkie zapalenia kości i okostnéj, chociażby w nich wykazano histologiczne gruzełki, przebiegają jak kliniczna gruźlica i że trzeba źródeł ich szukać gdzieś daléj, nie we wrodzonych lub nabytych suchotach a mianowicie w złogach, które choroby zakaźne (dur, ospa, odra, płonica itd.) pozostawiają w kościach lub pod okostną. Od czasu jak Lücke ogłosił swoje to zapatrywanie (od kilkunastu miesięcy) miał prelegent już kilkakrotnie sposobność stwierdzenia, że grzybkowate zapalenia stawów pochodzenia kostnego poprzedzone były chorobami zakaźnemi. Przeciw Lückemu wystąpił Schüller jako przedstawiciel przeciwnego kierunku, twierdząc, że tam, gdzie histologicznie wykazano obraz gruźlicy, mamy do czynienia zawsze ze sprawą gruźliczą w znaném tego słowa znaczeniu. Sprawa ta zdaniem prelegenta nie da się na teraz stanowczo rozstrzygnąć, gdyż do tego potrzeba jeszcze wielu spostrzeżeń i doświadczeń; zdaje się jednak, że spostrzeżenia Lückego nie zbijają jeszcze wywodów Schüllera, popartych pięknemi pracami doświadczalnemi.

W dyskusyi nadmienia kol. prof. Browicz, odwołując się do wykładu swego o gruźlicy, iż obecność gruzełków histologicznych wśród tkanek patologicznych nie ma bezwzględnéj wartości dyjagnostycznéj, że pojęcie gruźlicy t. zw. miejscowéj nie jest tak ścisłém pod względem znaczenia etyjologicznego i patologicznego, iżby na podstawie zmian w kościach i stawach u osób, u których nie ma w innych narządach żadnych zmian charakteryzujących gruźlicę, zmiany te uważać można bezwarunkowo za zmiany etyjologiczne gruźlicze. Przypuścićby bowiem trzeba w każdym takim przypadku, iż właśnie w czasie, gdy jad gruźliczy, (z analogii z innemi sprawami chorobowemi sądząc jad upostaciowany), dostawszy się do ustroju i krążąc wśród niego, nie wywoławszy jeszcze gdzieindziej zmian, zmiany te w téj tylko właśnie części sprowadził, która przypadkowo uległa jakimkolwiek zmianom chorobowym i przedstawić korzystną dlań glebę rozwoju; albo téż, że u osoby, u której już istniało cierpienie np. stawu lub kości, jad najpierwéj zmiany sprowadził w tych organach, a cały zresztą ustrój pozostał wolnym. Korzystne te warunki stworzyć można drogą eksperymentu, jak to np. Schüller uskutecznił. Zwraca daléj uwagę kol. Browicz, iż nie rzadko na zwłokach obok zmian w kościach lub stawach znajdujemy zmiany gruźlicze starsze w innych częściach ustroju, o których obecności badanie fizyczne pouczyć nas nie może; zmiany więc owe w kościach lub stawach uważać należy za zmiany, jakie w licznych i nader rozmaitych miejscach u osób gruźliczych spotykać zwykliśmy. Statystyczny zresztą obfity materyjał, jakotéż eksperymentalne w tym kierunku badanie może tu jedynie podać pewną podstawę. — Kol. Warschauer przytacza przypadek, w którym po ospie nastąpiła martwica główki kości ramieniowéj, a nadto zapalenie stawu łokciowego z następowém stężeniem tegoż. Czy te cierpienia były gruźlicą miejscową, stanowczo twierdzić kol. W. nie może, wówczas bowiem choroba ta nie była znaną. — Kol. Obaliński nadmienia w odpowiedzi na twierdzenie kol. Browicza, jakoby gruźlica w kościach tylko wtenczas mogła się pojawiać, gdy już poprzednio gdzieindziej się usadowiła, chociażby to klinicznie wykazać się nie dało, iż nie pojmuje, dla czegoby właśnie kości miały stanowić wyjątek od prawidła, kiedy nikogo nie dziwi, jeżeli znachodzimy gruźlicę np. tylko w płucach albo tylko w gruczołach. Nie ulega kwestyi że zakażenie gruźlicze musi się odbywać za pośrednictwem jakiegoś przyrzutu upostaciowanego, bliżéj nam nie znanego; tam zaś, gdzie urazy lub inne wpływy drażniące dają powód do dłuższego lub stałego zatrzymania się owego przyrzutu, powstają ogniska gruźlicze. W jednym przypadku będzie to miało miejsce w płucu lub gruczołach limfatycznych, w innym zaś w kościach. Naturalnie, że odróżnić należy wraz z Koenigiem takie przypadki od innych, w których kości okazują złogi gruźlicze następowe towarzyszące dawniejszym, w innych organach znajdującym się pierwotnym zmianom gruźliczym. Z doświadczeń Huetera i Klebsa zdaje się z wielkiém prawdopodobieństwem wynikać, że bakteryje biorą udział także i w sprawie gruźliczéj. W odpowiedzi kol. Warschauerowi nadmienia kol. Obaliński, że tu nie ma mowy o ostrych zmianach w kości lub okostnéj, jako bardzo częstém następstwie chorób zakaźnych, lecz o złogach ukrytych, które w późniejszym czasie a więc w kilka miesięcy lub nawet lat przy danéj sposobności stać się mogą ogniskiem chronicznego zapalenia.

3) W dalszym ciągu posiedzenia przedstawił kol. Prof. Browicz okaz pierwotnego mięsaka żołądka, jakotéż okaz rozlanego nowotworu przybłonkowego żołądka. W drugim przypadku obok téj zmiany znajdował się szczątek przewodu omoczniowego (*urachus*) w kształcie postronka krótkiego, łączącego odbytnicę z tylną ścianą pęcherza moczowego. (Bliższe szczegóły dotyczące tego przypadku ogłoszone będą w Przegl. Lek.).

4) Nastąpiło odczytanie protokołów zaległych, a mianowicie z 15 i 16go posiedzenia zeszłorocznego i pierwszego styczniowego z r. b., które bez zmian przyjęto.

5) Przyjęto daléj wniosek Komitetu Tow., ażeby prelegenci na blankietach osobno na ten cel sporządzić się mających, najdaléj w tydzień po posiedzeniu przemówienia swoje w streszczeniu kol. Sekretarzowi wręczali. W razie nie zastosowania się do téj uchwały, mają być przemówienia według zapisków Sekretarza do protokółu i do druku podawane.

6) Przewodniczący przedstawił na człon. honor. kol. Dra Adryjana Baranieckiego, w uznaniu Jego zasług wielorakich około Towarzystwa lekarskiego i medycyny polskiéj w ogólności, a na członka zwyczaj. kol. Dra Karola Gramatykę. Wybór odbędzie się na posiedzeniu nadzwyczajném

Na têm posiedzenie zamknięto. *Dr. Jan Rosner.*

Posiedzenie nadzwyczajne Tow. lek. krak. dnia 18 stycznia 1882
Przewodniczący: kol. Paszkowski. Członków obecnych 30.

Członkiem honorowym Towarzystwa wybrano jednogłośnie kol. Dra Adryjana Baranieckiego i na têm posiedzenie zamknięto. *Dr. Jan Rosner.*

V. Smiertelność w większych miastach Galicyi w r. 1881.

Przez Dra **Józefa Merunowicza**,
c. k. lekarza powiatowego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 18).

W Kolomyi również bardzo znacznie zmniejszyła się śmiertelność w roku ubiegłym, gdyż wynosi zaledwo 31 na tysiąc. Obniżenie to pochodzi jedynie z tego powodu, iż choroby zakaźne bez porównania mniéj groźnie w r. 1881 występowały. Głównie panowała dyfteryja, która była w 46 przypadkach przyczyną śmierci = 5.92% zmarłych, daléj ospa w 18tu przypadkach, co czyni 2.32% zmarłych. Choroby narządu oddechowego były główną przyczyną śmierci, mianowicie w 228 przypadkach czyli 29,3%. Śmiertelność dzieci jest bardzo znaczną, największą z wszystkich innych miast

naszych, na co już w r. ubiegłym zwróciłem uwagę: 55% wszystkich zmarłych są to dzieci niżéj lat pięciu, a co szczególniejsza, że w tém mieście stale od lat trzech utrzymuje się taka śmiertelność nie między dziećmi jednorocznemi, lecz od lat dwóch do pięciu. Na 10.000 ludności umarło w r. 1881 dzieci niżéj roku 102, dzieci od lat dwu do pięciu 71, razem zatém 173. W roku 1880 stosunek był jeszcze gorszym, gdyż wynosił 229, a w r. 1879: 206. Śmiertelność w ogóle największą była w pierwszym kwartale, a to z powodu częstych przypadków zapalenia płuc i panującéj jeszcze z r. 1880 ospy.

Przemyśl wykazuje za r. 1881 najpomyślniejszy stosunek śmiertelności z wszystkich miast, gdyż tylko 29,3 na tysiąc ludności. Główną przyczyną śmierci były choroby narządu oddechowego, 35,7% zmarłych, a z tych przeważnie suchoty płuc, gdyż przeszło 20% zmarłych. Choroby zakaźne były w 113 przypadkach przyczyną śmierci, czyni to 17.24% zmarłych, głównie dyfteryja i koklusz, także tyfus brzuszny. Śmiertelność była największą w pierwszym kwartale, najmniejszą w trzecim. Dzieci niżéj lat pięciu umarło 139 na 10.000 ludności.

W Stanisławowie nie panowała w r. 1881 żadna epidemija, jakkolwiek z krztuśca i dyfteryi było niemal 8% wszystkich zmarłych; z tego téż powodu śmiertelność w tém mieście równa się 34,4 na tysiąc, podczas gdy w latach poprzednich 42,5 a nawet 48,4 na tysiąc. Z chorób narządu oddechowego umarło tylko 149 osób, co czyni 23,7% wszystkich zmarłych. Także i śmiertelność dzieci była w r. 1881 mniejszą, i tak dzieci niżéj roku umarło na 10.000 ludności 114,6, od dwu lat do pięciu 36,1, razem dzieci do lat pięciu 150,7, podczas gdy w r. 1880 umarło na ten sam stosunek dzieci 258, w r. 1879 zaś 221. Największa śmiertelność była w pierwszym kwartale, najmniejsza w trzecim.

W Tarnopolu utrzymuje się śmiertelność w ostatnich trzech latach mniéj więcéj w równéj mierze, w r. 1881 równała się 36,1 na tysiąc. Szczególnie zabójczo panowała dyfteryja, uległo jéj bowiem 111 osób, czyni to przeszło 12% wszystkich zmarłych, z tego téż powodu śmiertelność dzieci była znaczniejszą niż w r. 1880. gdyż równa połowa wszystkich zmarłych były to dzieci niżéj pięciu lat; na 10.000 ludności umarło 181 dzieci, podczas gdy w r. 1879: 177, a w r. 1880 tylko 140. Po mieście Lwowie zajmuje Tarnopol drugie miejsce co do liczby zmarłych starców wyżéj 60go roku. Śmiertelność była największą w pierwszym czwartym kwartale.

W Tarnowie była śmiertelność w ostatnim roku największą z wszystkich miast powyżéj omówionych, umarło bowiem 41,8 na tysiąc, w każdym razie o 3,4 na tysiąc korzystniejszy stosunek niż w r. 1880. Niemal 30% wszystkich zmarłych było z przyczyny chorób zakaźnych, panowały bowiem dyfteryja (12,4%), ospa (7,82%), tyfus plamisty (2,87%) i tyfus brzuszny (2,17%). W Tarnowie najmniejszą natomiast jest śmiertelność z chorób narządu oddechowego, gdyż tylko 13,5%. Z powodu zaś panowania chorób nagminnych, nawiedzających przeważnie dzieci kilkoletnie, umarło w Tarnowie nieco mniéj dzieci niżéj roku, jak dzieci od roku do lat pięciu; w ogóle zaś umarło dzieci do lat 5ciu 176 na 10.000 ludności. Śmiertelność w ogóle była największą w pierwszym kwartale z powodu ospy i częstych przypadków zapalenia płuc.

Najwięcéj przypadków śmierci przypadkowéj było w r. 1881 w Tarnopolu, gdyż 2,2% zmarłych, najmniéj w Kołomyi 0,12%; Tarnopol w tym względzie utrzymuje się na pierwszém miejscu stale od lat trzech. Najwięcéj samobójstw zdarzyło się także w r. 1881 w Tarnopolu = 0,55%, w latach poprzednich przodowało miasto Lwów; najmniej samobójstw w Tarnowie i to stale od lat trzech. Morderstw i zabójstw zdarzyło się najwięcéj w Przemyślu 0,3%.

Do tego dwa zestawienia tabelaryczne.

Sprawozdanie o śmiertelności

w miastach Galicyi liczących nad 15.000 ludności od 1 stycznia do 31 grudnia 1881.

Nazwa miasta	Ludność w dniu 1 lipca 1881 średnio obliczona	Liczba zmarłych bez nieżywo urodzonych	Stosunek zmarłych obliczony na 1000 mieszkańców i na rok	Wiek zmarłych							Przyczyna śmierci: Choroby zakaźne											Inne panujące choroby							Wszystkie inne choroby	Śmierć gwałt.		
				1 rok	2–5 lat	6–20 lat	21–40 lat	41–60 lat	60 i wyżéj	wiek nieznany	Ospa	Odra	Płonica	Dławiec i błonica	Krztusiec	Dur brzuszny	Dur plamisty	Cholera	Czerwonka	Gorączka połogowa	Inne choroby zakaź.	Suchoty płuc	Zapalenie płuc, krtani i tchawicy	Inne ostre choroby narządu oddechow.	Udar	Ostry gościec stawowy	Zapalenie jelit	Choleryna		Śmierć przypadkowa lub nieznana przyczyna	Samobójstwo	Morderstwo lub zabójstwo
Lwów	111.304	3517	32.5	795	496	294	615	714	702	1	75	2	34	124	30	41	5	—	9	15	6	839	551	43	86	3	103	16	1536	30	18	1
Kraków	67.780	2497	36.8	513	473	225	464	436	386	—	91	106	70	94	33	32	80	—	40	18	47	300	518	85	8	1	205	7	722	27	12	1
Brody	19.846	752	37.3	221	126	61	90	120	134	—	60	9	64	31	3	16	5	—	5	3	1	62	48	22	9	—	30	—	380	2	2	—
Drohobycz	18.230	670	36.7	212	94	55	109	108	86	6	—	5	3	14	2	54	8	—	1	—	4	27	51	149	5	1	57	—	277	11	1	—
Kołomyja	24.981	776	31.0	259	178	80	85	91	83	—	18	5	15	46	2	8	—	—	4	4	—	102	119	7	13	—	11	4	414	1	2	1
Przemyśl	22.293	655	29.3	221	90	45	92	110	97	—	—	1	1	32	31	21	7	—	—	7	13	135	85	14	2	—	25	6	266	5	2	2
Stanisławów	18.248	629	31.4	209	66	54	87	94	104	15	1	—	—	25	26	15	3	—	2	1	—	83	60	6	4	4	13	1	382	2	1	—
Tarnopol	25.063	904	36.1	338	116	65	106	111	164	4	—	13	4	111	5	29	3	—	1	—	8	115	104	5	7	—	1	45	428	20	5	—
Tarnów	24.107	1010	41.8	212	214	122	164	168	129	1	79	7	2	126	16	22	29	—	5	6	3	118	199	—	11	—	76	—	301	7	1	2
Razem	331.852	11510	34.6	2980	1853	1001	1812	1952	1885	27	324	148	193	603	148	238	140	—	67	51	82	1781	1735	331	145	9	523	75	4756	105	44	7
Odsetki ogólnéj liczby zmarłych				25.9	16.1	8.9	15.7	17.0	16.3	0.2	2.81	1.29	1.67	5.24	1.29	2.06	1.21	—	0.58	0.46	0.71	15.47	15.0	2.9	1.24	0.08	4.5	0.65	40.9	0.9	0.38	0.06

Dr. Merunowicz

OBLICZENIE ODSETKOWE SMIERTELNOSCI z OGÓLNÉJ LICZBY ZMARŁYCH w r. 1881

w 9ciu większych miastach Galicyi

Nazwa miasta	Ludność w dniu 1 lipca 1881 średnio obliczona	Liczba zmarłych bez nieżywo urodzonych	Wiek zmarłych: 1 rok	2–5 lat	6–20 lat	21–40 lat	41–60 lat	60 i wyżéj	wiek nieznany	Przyczyna śmierci – Choroby zakaźne: Ospa	Odra	Płonica	Dławiec i błonica	Krztusiec	Dur brzuszny	Dur plamisty	Cholera	Czerwonka	Gorączka połogowa	Inne choroby zakaź.	Inne panujące choroby: Suchoty płuc	Zapalenie płuc krtani i tchawicy	Inne ostre choroby narządu oddechow.	Udar	Ostry gościec stawowy	Zapalenie jelit	Choleryna	Wszystkie inne choroby	Śmierć gwałt.: Śmierć przypadkowa lub nieznana przycz.	Samobójstwo	Morderstwo lub zabójstwo
Lwów	110.304	3.617	21.9	13.6	8.12	17 0	19.6	19.2	0.02	2.07	0.04	0.92	3.42	0.82	1.1	0.12	—	0.25	0.41	0.16	23.1	15.2	1.18	2.37	0.08	2.8	0.44	43.8	0.82	0.5	0.02
Kraków	67.780	2.497	20.4	18 9	9 01	18.5	17.4	15 4	—	3.6	4.2	2.8	3.7	1.3	1.2	3.2	—	1.6	0.7	1.87	12 0	20.7	3.4	0.3	0.04	8 2	0.3	29.0	1.0	0.45	0.04
Brody	19.816	752	29.3	16.7	8.11	11.9	15.9	17.8	—	8.10	1.19	8.51	4.0	0.4	2.1	0.65	—	0.65	0.4	0.13	8.2	6 3	2.9	1.19	—	3.93	—	50.5	0.26	0.26	—
Drohobycz	18.230	670	31.6	14.0	8.2	16.2	16.1	12.8	0.9	—	0.74	0.45	2.1	0.3	3.05	1.20	—	0.15	—	0.60	4.03	7.6	22.2	0.74	0.15	8.5	—	41.3	1.65	0.15	—
Kołomyja	24.981	776	33.4	22.9	10.3	10.9	11.7	10.7	—	2.32	0.64	1.92	5.92	0.25	1.03	—	—	0.51	0.51	—	13.1	15.3	0.91	1.57	—	1.32	0.51	53.3	0.12	0.25	0.12
Przemyśl	22.293	655	33.7	13 7	6.8	14.0	16.8	14.8	—	—	0.15	0.15	4.89	4.73	3.20	1.07	—	—	1.07	1.94	20.6	13.0	2.1	0 3	—	3.8	0.9	40.6	0.76	0.3	0 3
Stanisławów	18 248	629	33.2	10 4	8.56	13 8	14.9	16.5	2.3	0.15	—	—	3.90	4.1	2.3	0.45	—	0.30	0.15	—	13.2	9.5	0.95	0.60	0.60	2.1	0.15	61.7	0.30	0.15	—
Tarnopol	25.068	904	37.3	12.8	7.19	11.7	12.2	18.1	0.44	—	1.4	0.44	12.2	0.55	3.2	0 33	—	0.11	—	0.84	12.7	11.5	0·55	0.77	—	0.11	5.0	47.3	2.2	0.55	–
Tarnów	24.107	1.010	21.0	21.1	12.1	16.2	16.6	12.7	0.1	7.82	0.7	0.2	12.4	1.58	2.17	2.87	—	0.5	0 59	0.3	11.6	1·97	—	1.1	—	7.5	—	29.8	0.7	0.1	0.2

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 30 kwietnia do 6 maja śmiertelność ogólna w Krakowie obniżyła się z 32,8 do 24,4 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 1 (1 z. t.); z duru osutkowego 3 (3 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 6 przypadkach ospy, 1 płonicy, 2 duru brzusznego, 7 duru osutkowego. W tygodniu od 26 marca do 1 kwietnia zapadło w Londynie na ospę 90, leczyło się w szpitalach 393, umarło 3. W Wiedniu umarło 33, w Paryżu 15, w Budapeszcie 11, w Petersburgu 9, w Warszawie (od 12—18) 38, w Lizbonie (od 19—25 lutego) 9, w Madrycie (od 23—29 stycznia) 50. Z duru osutkowego umarło w Budapeszcie i w Warszawie po 3ch, w Petersburgu 17. Odra złagodniała w Wiedniu Paryżu, Londynie, Edynburgu, Kopenhadze.

Statystyka śmiertelności W tygodniu od 26 marca do 1 kwietnia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 36,6; we Lwowie 53,8; w Poznaniu 37,1; w Wiedniu 41,1; w Budapeszcie 38,0; w Pradze 42,3; w Tryjeście 31,3; w Berlinie 25,0; w Wrocławiu 35,6; w Gdańsku 24,1; w Munichowie 37.9; w Dreźnie 20,8; w Lipsku 18,3; w Bazylei 19,6; w Brukseli 25,5; w Amsterdamie 26 6; w Hadze 26,9; w Paryżu 30,7 w Londynie 22,2; w Kopenhadze 23,3; w Stokholmie 18.3; w Chrystyjanii 23.0; w Petersburgu 41,5; w Odesie 28.7; w Wenecyi 28,8; w Madrycie 67,4; w Lizbonie 44,4; w Aleksandryi 28, ; w Nowym Yorku 33,1; w Filadelfii 24,5; w Bombaju 32,8; w Madrasie 47,7. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 17 maja. N. Pan mianował nadzwyczajnego profesora anatomii patologicznéj Dra Tadeusza Browicza zwyczajnym profesorem tegoż przedmiotu w Uniw. Jagiell.

* Wydział lekarski U. J. na posiedzeniu swém z d. 12 t. m. mianował kandydata medycyny p. Jana Prusa demonstratorem przy katedrze patologii doświadczalnéj, — i oświadczył się za nadaniem stypendyjum Szklarskiego asystentowi przy katedrze fizyjologii Drowi Gluzińskiemu.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie obrało delegatem swoim na Zjazd lek. czeskich prof. Jakubowskiego. Również i Przegląd Lekarski będzie reprezentowany na tym Zjeździe.

Większa część kolegów tutejszych, wybierających się do Pragi, wyjedzie z Krakowa d. 25 bm., tj. we czwartek o godzinie 3ciéj popołudniu. Donosimy o tém, aby kolegom z innych miast wybierającym się dać możność przyłączenia się do kolegów tutejszych, sądzimy bowiem, że jak z jednéj strony przyjemném jest odbycie wspólne podróży, tak z drugiéj jest wskazaném a nawet pożądaném, aby lekarze polscy stanęli jednocześnie w stolicy czeskiéj.

Dochodzi nas z prowincyi zażalenie, jakoby Przegląd Lekarski wcale nie podawał wiadomości o Zjeździe czeskim. Trudno wszystkim dogodzić, a już wcale nie podobna dogodzić tym, którzy Przeglądu nie czytają. Otóż podaliśmy dokładne wiadomości o tym Zjeździe, zachęcając do odwidzenia go, w Nrach 5tym, 6tym i 12tym z rb., a obecnie odsyłamy interpelanta zwłaszcza do Nru 6, gdzie znajdzie program Zjazdu, przypominając tylko, że w piątek d. 26 bm. o godzinie 8méj wieczór nastąpi powitanie członków na wyspie Zofijskiéj, a w sobotę d. 27 o godzinie 10téj rano uroczyste zagajenie Zjazdu w wielkiéj sali na téjże wyspie.

Przypominamy następnie, że na Zjeździe krakowskim nie tylko lekarze i przyrodnicy czescy byli licznie reprezentowani, ale nadto tak grona jako jednostki, które przybyć nie zdołały, przesłały drogą telegraficzną serdeczne życzenia. Sądzimy, że za grzeczność i życzliwość wywzajemnić się wypada, a za czas stósowny do przesłania telegramów (w języku polskim) uważamy dzień 27 bm. to jest sobotę rano; adresować zaś można do „Szanown. Komitetu Zjazdu II lek. czesk. w Pradze."

Liczby i nazwisk kolegów krakowskich, na Zjazd wybierających się, nie podajemy jeszcze, ponieważ jeszcze zmiany zajść mogą. Akademiję Umiejętn. reprezentować podobno będą proff. Teichmann i Rostafiński, redakcyję zaś Przeglądu Lek. kol. Kwaśnicki. Ze Lwowa o ile się dowiadujemy, pojadą Drowie Głowacki, Krówczyński i Schattauer, prof. Radziszewski i docent Kamiński, z Przemyśla Dr. Waligórski, a ze Sokala Broniowski, z Wiednia Drowie Julijan Czerkawski i baron Horoch.

* Od połowy marca b. r. przystąpili do Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie jako członkowie Dr. Jordan Henryk w Krakowie, Dr. Mikulicz Jan z Wiednia, Sekcyja Przemyska Tow. lek. galic. i Towarzystwo lekarskie akad. polaków we Wrocławiu; jako prenumeratorowie zaś Dr. Brühl Edward z Gleichenbergu, Dr. Gedl Mieczysław z Wadowic, Dr. Kohn Maksymilijan, Dr. Rosner Jan z Krakowa i Dr. Wolfram Adolf z Mościsk.

* W *Gazecie Lekarskiéj* znajdujemy następującą wiadomość: „W *Deutsche medicinische Wochenschrift* r. 1882 str. 184 Raabe pomieścil pracę, w któréj podaje jako nowy odczynnik na białko kwas trójchlorooctowy, a w jednym z ostatnich Nrów „Przeglądu Lekarskiego" spotykamy referat z owéj pracy. Otóż uważamy sobie za obowiązek zaznaczyć w tém miejscu, że kwas trójchlorooctowy bynajmniéj nie jest nowym odczynnikiem na białko; gdyż kolega Grosstern jeszcze w r. 1876 pierwszy zwrócił na niego uwagę i poszukiwania swe w tym kierunku pomieścił w *Gazecie Lekarskiéj* pod tytułem: „O względnéj wartości rozmaitych odczynników na białko. O kwasie trójchlorooctowym jako nowym odczynniku na białko". (*Gazeta Lekarska* r. 1876. Tom XXI Nr. 15, 16 i 17)."

Z przyjemnością powtarzamy tę wiadomość, ciesząc się, że niewątpliwie rodakowi należy się pierwszeństwo przed Drem Raabem, z którego rozprawki zdaliśmy sprawę w Nrze 14 Przeglądu Lek. z r. b. Należałoby jednak zwrócić uwagę i tygodnika berlińskiego oraz Dra Raabego, że odczynnik w mowie będący już przed 6ciu laty podany został w tygodniku polskim.

* Otrzymaliśmy drugie poprawne wydanie *Przewodnika ilustr. do Szczawnicy*, napisanego przez Dra Tadeusza Dworskiego w Przemyślu 1882. Wydanie to jest ozdobione 7 rycinami i 3 mapami a cena jego, pomimo kosztownego nakładu, nie jest wygórowaną (1 zła.). Jestto elegancki i całkiem odpowiedni podręcznik dla chorych udających się do Szczawnicy.

* W Cieplicach czeskich do d. 13 bm. bawiło gości 608.

* **Berlin.** Dn. 22 bm. odsłonięty zostanie w sposób uroczysty pomnik Graefego wśród licznego udziału lekarzy, zwłaszcza specyjalistów. Przemówią przy téj sposobności Langenbeck, Donders i Schweigger (*W. med. Woch.*)

* Uroczyste zagajenie Wystawy higijenicznéj w Berlinie przez Księcia następcę tronu miało nastąpić wczoraj. Cesarzowa niemiecka ofiarowała była 20 złotych medali dla wystawców. Tymczasem d. 13 b. m. o godz. 7éj wieczór wybuchł w zabudowaniach Wystawy pożar, który szybko się rozszerzając zamienił wszystkie budynki drewniane w popiół i zniszczył wiele przedmiotów na Wystawę nadesłanych Wartość asekurowanych przedmiotów spalonych wynosi podobno 2—3 milijonów.

* **Wiadomości uniwersyteckie Berno szwajc.** Prof. nadzw. fizyjologii Dr. Grützner mianowany został zwyczajnym profesorem fizyjologii w miejsce Valentina. — **Praga czeska.** Prof. chorób dzieci Ritter-Rittershain z powodu schorzałości przeniesiony został w stan spoczynku.

* **Nekrologija** W Gryfii umarł chemik prof. Hünefeld. Tamże umarł znakomity chirurg prof. Hueter, poseł do parlamentu berlińskiego, licząc lat zaledwie 44.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 19: Modrzejewskiego: Wieloliczne, wrodzone włókniaki miękkie, t. zw. mięczaki nerwowłókniaki Recklinghausena (2 tablice fotodrukowane); Pawińskiego: O tak zwanym połowiczym skurczu serca (c. d.). — w *Medycynie* Nr. 19: Bielińskiego: O zaraźliwém zapaleniu płuc; Korczyńskiego: Uwagi i spostrzeżenia kliniczne. II. Kurcz gardziela z przyczyny wrzodu błoniczego (dok.).

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. KORCZYŃSKI: Zbiór prac z kliniki lekarskiéj w Krakowie. Zeszyt VI. (Odbitka z Pam. Tow. Lek. warsz.) Warszawa 1882, in 8vo str. 116. (Zawiera rozprawy: prof. Korczyńskiego, Drów Smoleńskiego i Rosenblatta).

WELPONER i ZILLNER: Laparotomie bei Extrauterinschwangerschaft, $2\frac{1}{2}$ Jahre nach dem Tode der ausgetragenen Frucht. (Osobne odbicie z Arch. f. Gynäk. XIX, 2), in 8vo str. 17.

Piśmiennictwo lekarskie. BLUM A. Chirurgie de la main. Avec 84 fig. 8 Paris. Asselin. Fr. 6.

BRIAND E. Leçons de clinique médicale. 8. Paris, Doin. Fr. 4.

CADET de GASSICOURT. Traité clinique des maladies de l'enfance. T. 2. Av. 100 fig. gr. 8. Paris, Doin. Fr. 13.

BÖING H. Thatsachen zur Pocken- und Impffrage. Eine statistisch-ätiologisch-krit. Studie. gr. 8. Leipzig, Breitkopf et Härtel. M. 2. 50.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę d. 24 bm. w sali wykładowéj Zakładu patologii ogólnéj posiedzenie zwyczajne, na którém kol. prof. Adamkiewicz mówić będzie o związku między zwyrodnieniem rdzenia w wiądzie rdzeniowym a rozgałęzieniem naczyń i okaże odpowiedne preparata.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Wtorek d. 23 b. m. o godz. 5 po poł. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie, na którém Dr. Lutostański mówić będzie o nowym rozbiorze chemicznym wody mineralnéj z Wysowy, dokonanym przez Prof. Dr. Radziszewskiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

PROŚBA.

Szanowni Koledzy, którzy otrzymali dyplomy doktorskie w Wydziale Lekarskim Uniwersytetu krakowskiego w r. 1857 proszeni są o łaskawe nadesłanie wiadomości o teraźniejszém miejscu swego pobytu, a to celem porozumienia się piśmiennego Wiadomości téj udzielić raczą wprost na Karcie korespondencyjnéj (jeśli łaska) koniecznie przed końcem Maja—pod adresem:

Dr. Jawurek w Żyrardowie Stacyja kolei Ruda Guzowska w Królestwie polskiém.
lub *Dr. Stummer* w Warszawie ulica Czysta Nr. 2.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 44

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 27 maja 1882. **№ 21.** Rok XXI.

I. O inkarceracyjach wewnętrznych.

Przez Dra Szeparowicza.

Rzecz wyłożona na posiedzeniach Tow. lek. gal. we Lwowie d. 20 stycznia i 12 marca 1881.

Na posiedzeniu z d. 18 grudnia 1880 miałem zaszczyt zwrócić uwagę szan. Kolegów, że w sprawie inkarceracyj wewnętrznych, a mianowicie określenia ich umiejętnego i podziału, panuje w literaturze największe zamięszanie. Przyczyną jego niezgodność anatomów patologicznych z klinicystami wewnętrznymi z jednéj strony a autorami odnośnych monografij z drugiéj. Ta okoliczność tudzież podnieta, jakiéj doznałem w rozprawie, wytoczonéj na posiedzeniu wyżéj powołaném, były mi bodżcem do przestudyjowania sprawy inkarceracyj wewnętrznych. Oto wynik mych studyjów:

Doświadczenie codzienne poucza, że ilekroć który z lekarzy opisuje przypadek inkarceracyi wewn., który, zakończywszy się wyzdrowieniem, nie został stwierdzony sekcyją, zawsze spotyka się z powątpiewaniem kolegów. O ile skrupulatność jest w naukach ścisłych w ogóle pożądaną, o tyle nieufność w téj sprawie, a mianowicie powątpiewanie w możliwość wyzdrowienia z inkarceracyi wewn., nazwać się godzi pesymizmem. Zkąd ten pesymizm? Zdaniem mojem, należy przyczyny jego szukać:

1. W téj okoliczności, żeśmy się przyzwyczaili do obrazów anatomicznych napotykanych pośmiertnie, gdzie stosunki bywają częstokroć tak zawile, że trudno u żywych przypuścić możliwość wyzdrowienia w takich warunkach.

2. Sposób leczenia, używany przez lekarzy, bywa często nie racyjonalny, a skutkiem jego fatalny zwykle przebieg choroby.

3. Wyobrażenia o mechanizmie inkarceracyi są u ogółu lekarzy nieodpowiednie, właściwe zaś pojęcia, wyrobione w ostatnim dziesiątku lat przez studyja chirurgów, nie są dość upowszechnione.

Rozpoczynając wywód zamierzony od punktu ostatniego, winienem naznaczyć, że wedle pospolitego wyobrażenia inkarceracyja kiszek polegać ma na tak silnym ich ucisku, iż ten już sam tłumaczy wszystkie objawy kliniczne. Takie pojmowanie sprawy chorobowéj jest mylném. Już bowiem przepukliny zewnętrzne uczą nas, że w wielu przypadkach inkarceracyj tychże, mimo długiego jéj trwania, nie napotykamy takich zboczeń w krążeniu, któreby były nieuniknionemi, gdyby istniał ucisk tak silny, aby nim samym wytłumaczyć się dały oba przypady najgłówniejsze inkarceracyi zewnętrznéj: przerwa w komunikacyi treści między pętlą inkarcerowaną a resztą kiszek w jamie brzusznéj tudzież przeszkodą w krążeniu.

Jednym z pierwszych, który usiłował istotę inkarceracyi wystudyjować był B o r g g r a e v e. Doświadczenia swe robił na żywych królikach: na pętle kiszek, wydobywane przez sztuczny otwór w ścianach brzusznych nakładał obrączki druciane, następnie odprowadzał pętle do jamy brzusznéj, a po pewnym czasie uskuteczniał oględziny pośmiertne. Wynik rękoczynu bywał taki, że pętle okazywały się po śmierci zwierząt obrzękłemi, przekrwionemi, napełnionemi śluzem w znacznéj ilości i przedstawiały kulistą postać, chociaż w chwili doświadczenia były podłużnemi. Borggraeve wnosił ztąd, że bezpośrednio skutkiem ucisku powstaje zastoina żylna itd. Podobne doświadczenia robił na żywych zwierzętach S c h w e n i n g e r. Zasługa przeniesienia doświadczeń na pole fizyczne należy się R o s e r o w i. Wynik studyjów tych jest następujący:

Według R o s e r a (1858) przyczyną głównych cech inkarceracyi jest wytwarzanie się w pętli inkarcerowanéj (tak w części wstępującéj jak i występującéj) fałdów poprzecznych z błony śluzowéj, które zamykają światło pętli na wysokości pierścienia inkarcerującego. Według B u s c h a (1863) teoryja powyższa jest mylną, a właściwą przyczyną inkarceracyi jest odgięcie najprzód części występującéj a następnie i wstępującéj na wysokości pierścienia, i w sku-

tek tego przerwa komunikacyi. Według Lossena (1874) zamknięcie zupełne światła kiszki w pętli a mianowicie w części jéj wstępującéj na wysokość pierścienia jest fizycznie nie możliwém, a właściwą przyczyną inkarceracyi jest ucisk, jaki wywiera część wstępująca, najprzód się napełniająca, na część występującą na wysokość pierścienia. Hofmokl wykazał za pomocą doświadczenia, wykonanego w lejku szklanym, gdzie odgięcie według Buscha jest niemożliwém, że teoryja Buscha jest mylną i upatruje przyczynę inkarceracyi w ucisku, jaki wywiera część wstępująca na występującą atoli nie na wysokości pierścienia (Lossen) jeno przed pierścieniem, względnie powyżéj niego w jamie brzusznéj. Zapatrywanie powyższe licuje ze zdaniem, wygłoszoném jeszcze przez starego Scarpę, który także wyraźnie zaznaczał ustawienie pętli uwięźniętéj pod kątem do reszty kiszek w jamie brzusznéj. Kocher w pierwszéj części studyjów swoich wygłosił takie same zdanie o istocie uwięźnienia jak Hofmokl. Atoli w dalszym ich ciągu doszedł do wniosku wcale innego, a mianowicie że przyczyną uwięźnienia ma być nagłe rozdęcie kiszki nad miejscem ścieśnioném. Zapatrywanie to udowadnia własném doświadczeniem zasadniczém. W niém za punkt wyjścia bierze doświadczenie Buscha (kawałek kiszki ścieśnionéj w przebiegu nitką na cewniku Nr. 8, 10, 12), dodaje atoli do niego rurę szklaną, którą wprowadza w światło kiszki aż do miejsca ścieśnionego, (tak że odgięcie, którém Busch tłumaczy inkarceracyją, jest niemożliwém) poczém nagle napełnia: przez ścieśnienie nic nie przechodzi. Chyżość ma się tu zdaniem Kochera, zamieniać na parcie ościenne.

Mamy więc przed sobą 4 zasadnicze teoryje o mechanizmie inkarceracyi:

1. fałdów (Rosera), 2. odgięcia (Buscha), 3 hydrostatycznego ucisku (Lossena), 4. rozdęcia (Kochera). Za ostatnią przemawiają doświadczenia tak fizyczne jak wykonywane na żywych zwierzętach. Tę więc wypada przyjąć, przynajmniéj na razie, za podstawę nauki o inkarceracyjach. Kocher rozróżnia 3 stopnie uwięznienia:

Pierwszy najniższy. Pętla uwięźniona jest w pewnych chwilach dostępną dla treści kiszek z góry, posuwanéj ruchem robaczkowym, a inkarceracyja ma miejsce w pętli występującéj. Ten najniższy stopień odpowiada uwięźnieniu Lossenowskiemu. Kocher nazywa ją zastoiną kałową *(Kothstauung, engouement)*, która atoli jest różną od zwykléj zastoiny kałowéj, istniejącéj bez powyższych przeszkód mechanicznych. Doświadczeniami na królikach, Kocher wykazał, że i w tym najniższym stopniu inkarceracyi wystąpić może nawet zgorzelina pętli i śmierć. Doświadczenia uskuteczniał w ten sposób, że królikom zakładał na pętle kiszek pierścienie dość wolne, poczém króliki biegały dość długo zdrowo, jadły itd. Następnie podawał im koniczynę świeżą, która jak wiadomo, sprawia wzdęcie. Wnet powstawały przypady inkarceracyi i śmierć, a sekcyja wykazywała zgorzelinę pętli skutkiem zboczeń w krążeniu. Doświadczenie przerzeczone ilustruje dobrze teoryję Kochera o rozdęciu.

Drugi stopień: w pierwszych chwilach po wystąpieniu pętli możliwym jest ruch robaczkowy w pewnych odstępach tudzież wstępowanie do pętli treści z góry, atoli niebawem skutkiem rozdęcia kiszki w pętli i po nad pętlą wstępującą tworzy się inkarceracyja na wysokości pierścienia w kiszce wstępującéj. Jestto wyższy stopień inkarceracyi, który wymaga znaczniejszego ścieśnienia. Kocher nazywa go inkarceracyją kałową (*incarceratio stercoralis*). Zboczenia w krążeniu powstają i tu nie bezpośrednio skutkiem ucisku, lecz pośrednio skutkiem rozdęcia.

Trzeci najwyższy stopień: Od pierwszéj chwili pętla jest próżną, bo albo jako taka wystąpiła, albo pod uciskiem pierścienia ciasnego, przez który wychodziła, wypróżniła się, a pierścień jest tak ciasny, że bezpośrednio skutkiem ucisku powstają zboczenia w krążeniu i zgorzelina. Kocher nazywa ten stopień inkarceracyją sprężystą *(incarceratio elastica)*. Klinicznie spostrzega się tę formę w zakresie przepuklin zewnętrznych w inkarceracyjach przepuklin udowych. Przypadek taki niedawno obserwowałem sam u kobiety Pętla była malutką, całkiem zgorzeliną objętą, i tak próżną, że nawet po rozcięciu zachodziła wątpliwość, ażali mam przed sobą światło kiszki.

Wyniki opowiedzianych studyjów nad mechanizmem uwięźnienia należy przyjąć, i zastosować w całości do pojęć o inkarceracyjach wewnętrznych. Rozmaite stopnie inkarceracyj tłumaczą różnice, jakie widujemy w przebiegu klinicznym poszczególnych przypadków.

W obec okoliczności, że autorowie znacznie się między sobą różnią w pojęciu istoty inkarceracyi w ogóle i w podziale inkarceracyj wewnętrznych w szczególe, zachodzi pytanie, czyby nie było lepiéj, nazwę tę zupełnie wykreślić z terminologii lekarskiéj? Peyrot, autor niedawno z druku wyszłego dzieła: *L'intervention chirurgicale dans l'obstruction intestinal*, nie umieścił w swym podziale rubryki osobnéj *l'etranglement*, odpowiadającéj wyrażeniu *incarceratio*. Natomiast przy każdéj innéj rubryce dodaje w miarę potrzeby sposobem przymiotu wyrazy *étranglé* lub *étranglement*, np. *étranglement dans l'intussusception*. Zdaniem mojém nazwę *incarceratio* trzeba zatrzymać z kilku przyczyn. I tak: 1) czém ją zastąpić? *Ileus* jest wyrażeniem czysto przypadowém, oznacza wymioty kałowe bez względu na przyczynę lub stosunki anatomiczne, podczas gdy inkarceracyja obejmuje w sobie nietylko pewną grupę przypadów, lecz wskazuje także w pewnéj mierze na stosunki anatomiczne, jakto: przerwę w komunikacyi treści kiszek i zboczenia w krążeniu. Łacińska nazwa *incarceratio* jest ogólniejszą aniżeli równoznaczne wyrazy w innych językach. I tak niemieckie *Einklemmung* jest wyrażeniem bardziéj szczegółowém, bo oznacza więcéj ucisk z dwóch stron, przypominając stolarski przyrząd zwany *Klemme*, *incarceratio* zaś (dosłownie zaaresztowanie) oznacza w ogóle odosobnienie pewnéj części kiszki nie wdając się w jakość działania lub stopień siły odosobniającéj. Polskie uwięźnienie odpowiada raczéj nazwie łacińskiéj *strangulatio*, owemu 3mu stopniowi inkarceracyi nazwanemu przez Kochera *incarceratio elastica*. 2) Potrzeba nazwy inkarceracyja wynika także z praktycznych względów, mianowicie stanowiska lekarza względem chorego i rodziny. Lekarzowi potrzeba nazwy, która ewentualnie usprawiedliwić ma propozycyję tak heroicznego środka jak laparotomija. Podział, jakiego używa Niemeyer, Lichtenstern w dziele Ziemssena, Peyrot i i. zniewala lekarza do rozpoznania albo zbyt ogólnego: zatkanie kiszek, *Darmverschliessung*, *l'obstruction intestinal*, w obec którego ewentualna propozycyja laparotomii wymaga szerokiego tłumaczenia i usprawiedliwienia (gdyż zatkanie może być także po prostu wynikiem twardego kału, a w obec tego trudno zaproponować laparotomiję), albo też podział taki zmusza lekarza do rozpoznania bardzo szczegółowego np. *volvulus*, *hernia interna*, *intussusceptio* itd. a do tak szczegółowych rozpoznań jeszcze nam daleko. Potrzeba więc ko-

niecznie nazwy bardziéj szczegółowéj aniżeli *Darmverschliessung*, *l'obstruction intestinale* a więcéj ogólnéj aniżeli *volvulus*, *intussusceptio* itd. Taką zaś jest właśnie nazwa *incarceratio*.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Kilka słów o hidroterapii suchot płucnych.

Napisał **Dr. M. Gumplowicz**,

Lekarz zakładu w Ober-Weidlingau.

Zabierając głos w kwestyi, tylokrotnie już a tak obszernie i gruntownie omówionéj, z góry oświadczyć winienem, iż nie czynię tego z powodu, jakobym miał zdać sprawę z jakiegokolwiek postępu wiedzy lekarskiéj w danym kierunku; owszem czynię to jedynie ze względu na to, iż od niejakiego czasu pod godłem rzekomo ściśle umiejętnych badań głoszone bywają w téj mierze zdania, które — gdyby rzeczywiście zdołały wejść w życie i w praktykę lekarską — stanowiłyby nie postęp ale cofnięcie się wstecz terapii, zwrot ku błędom od dawna już znanym, stwierdzonym i omijanym.

Wiadomo, że za czasów Priessnitza i jego pierwszych naśladowców, gdy niesłychany entuzyjazm i ślepa wiara w cuda wodolecznictwa ogarnęły umysły publiki nielekarskiéj, między innemi i liczne gromady suchotników garnęły się do Graefenbergu i poddawały się tam wszelkim próbom empirycznéj hidroterapii. Jakie ztąd wyniknęły skutki, o tém najwyraźniéj świadczy ta okoliczność, że Priessnitz sam, posiadający bądź co bądź w wysokim stopniu zmysł praktyczny, w późniejszym czasie suchotników już wcale nie przyjmował, że się daléj, właśnie na podstawie smutnych doświadczeń graefenbergskich, wyrobiło ogólne przekonanie, jakoby hidroterapija w suchotach płucnych była wręcz przeciwwskazaną.

Mimo tak ogólnego sądu czy przesądu nie zbywało jednak nigdy na lekarzach, którzy się starali o ile możności w suchotach płucnych zastosować i użyć na korzyść chorych mocy leczniczéj hidroterapii. Dość wskazać, że już pierwszy z nowszych autorów, który się w sposób poważny i umiejętny zajął hidroterapiją, Fleury, (*Traité d'hydrothérapie, Paris 1866*), między r. 1850 a 1866 w niektórych przypadkach stosował z dobrym skutkiem środki hidryjatryczne. Większego jednak rozgłosu nabrała hidroterapija suchot płucnych dopiero przez Brehmera (w Görbersdorfie) i właściwie przez niego dopiero uzyskała prawo obywatelstwa w dziedzinie racyjonalnéj terapii. Dla ocenienia, jak oględnie i przedmiotowo sprawę tą w Görbersdorf traktowano, podajemy według Sokołowskiego (*Berl. klin. Wochenschrift 1876*) następujące wskazówki:

1) stosowano hidroterapiję w ogóle tylko w 25—30% leczących się suchotników;

2) w téj liczbie mieścili się prawie wyłącznie chorzy, jak się S. wyraża, „najlepszéj kategoryi," t. j. tacy, u których albo wcale jeszcze nie było zmian rozpoznanych w płucach albo też tylko nieznaczne i określone, a stan ogólny względnie bardzo dobry;

3) że używano wyłącznie takich środków, które stosunkowo mało ciepła ujmują, jako to: zmywania, bardzo krótkie natryski, co najwięcéj nacierania w mokrém prześcieradle;

4) że S. uważa gorączkę trawiącą za przeciwwskazanie do użycia powyższych środków, uznając zarazem, że się niemi ciepłota w gorączce trawiącéj zniżyć nie da.

Wreszcie zapominać nie należy, że hidroterapija stanowiła tylko część niejako pomocniczą w całym systemacie leczenia klimatyczno-dyjetetycznego w Görbersdorfie.

Chociaż obecnie entuzyjazm dla leczenia suchot w Görbersdorfie znacznie już ostygł, jednakowoż wskazane wyżéj zasady w ogóle jako słuszne uznane i przyjęte zostały a dla oddania chwilowego stanu téj kwestyi odnieść się możemy do najnowszéj pracy znakomitego klinicysty francuzkiego prof. Jaccouda w Paryżu. Jaccoud w obszernéj, z widoczném zamiłowaniem w terapii napisanéj i w najdrobniejsze szczegóły wchodzącéj rozprawie o leczeniu suchot [1]) z szczerym zapałem wyraża się o dzielności hidroterapii jako środka higijenicznego w traktowaniu téj choroby, uznaje jednak i wymienia istniejące w téj mierze przeciwwskazania a chociaż sam jest bezwzględnym zwolennikiem działania przeciwgorączkowego u suchotników, mimo to o zwalczaniu gorączki trawiącéj za pomocą hidroterapii nawet nie wspomina. Również przemilcza zupełnie o t. z. opaskach piersiowych wygrzewających, które od dawien dawna w wielu zakładach bywają używane niemal we wszystkich chorobach płuc, opłucny i oskrzeli.

Gdy więc obecnie takie mniéj więcéj zapatrywania powszechnie zapanowały, okazała się w zeszłym roku rozprawka Dra Winternitza w Wiedniu [2]), która od ogólnego prądu opinii w téj mierze znacznie odbiegła. Znajdujemy bowiem w téj rozprawce nie tylko to, co na razie o hidroterapii suchot płucnych jest wszędzie znaném i przyjętém, ale nadto i to, co wprawdzie również jest od dawna znaném, ale powszechnie i słusznie za błędne uznaném, mianowicie: twierdzenie, jakobyśmy posiadali w hidroterapii dzielny środek do zwalczania gorączki trawiącéj suchotników a daléj orzeczenie, jakoby rzeczone opaski piersiowe wywierały wielce zbawienny wpływ na ograniczenie i odosobnienie, zmiękczenie i wessanie istoty gruźliczéj. Zręcznie popierając zdania te argumentami z obszernéj literatury doświadczalno-patologicznéj, obficie lecz bez krytycznego wyboru czerpanemi, zręczniéj jeszcze zatajając nazwiska autorów, którym się tu pierwszeństwo należy, Winternitz umiał nadać tym na wpół już zapomnianym błędom pozór nowych prawd, przez siebie samego odkrytych i uzasadnionych na podstawie „badań fizyjologicznych i klinicznych." Nieskory do polemiki wolałbym o téj sprawie przemilczeć, zwłaszcza, że w Wiedniu samym — *nemo propheta in patria* — rozprawka owa prócz humorystycznéj odprawy [3]) prawie żadnego nie doznała uwzględnienia; gdy jednak od owego czasu W. zdania te już kilkakrotnie publicznie ogłosił, gdy powtarzające się te publikacyje mogłyby znaleźć odgłos w dalszych, stronach gdzie trudniéj ocenić ich wartość właściwą, gdy rzecz sama przez się ma wielką donìosłość praktyczną, wreszcie obawiając się, abym według zasady: *qui tacet consentire videtur* nie był o to posądzonym, jakobym zdania takowe podzielał, z tych względów pozwalam sobie pogląd mój na sprawę całą w krótkich zarysach poddać świątléj krytyce kolegów.

Przypuśćmy na chwilę, iżby nam nieznane były dotychczasowe praktyczne rezultaty hidroterapii suchot płucnych, znalibyśmy natomiast raz w ogóle wpływ stosownéj

---

[1]) Curabilité et Traitement de la Phthisie pulmonaire, Paris 1881.

[2]) Die Aufgaben der Hydrotherapie bei der Lungenphthise, Wien 1881.

[3]) Ob. Wiener allg. med. Ztg. Mai 1881.

hidroterapii na organizm zdrowy lub chorobami innego rodzaju dotknięty, a dalej podane by nam były racyjonalne a szczegółowe wskazania lecznicze w suchotach płucnych, wtedy moglibyśmy, opierając się na tych danych, naznaczyć teoretycznie następujące wskazania do użycia hidroterapii w suchotach płucnych:

1) użyć działania higijenicznego i organizm wzmacniającego hidroterapii w tym celu, aby wzmocnić i lepiéj odżywić wątły organizm suchotników;

2) użyć działania przeciwgorączkowego hidroterapii do zwalczania gorączki trawiącéj;

3) zastosować niektóre środki hidryjatryczne w tym celu, aby ułatwić wessanie wypocin zapalnych, a może i istoty gruźliczéj w płucach;

4) wreszcie zastosować hidroterapiję symptomatycznie przeciw krwotokom, potom, biegunkom, nieżytom oskrzelowym i t. d.

Zapewne nikt nie zaprzeczy, że wskazania te są zupełnie uzasadnione i racyjonalne; rozchodzi się tylko o to, czyli rzeczywiście i o ile w praktyczném leczeniu suchotników wskazaniom tym zadość uczynić jesteśmy w stanie?

Co do pierwszego punktu zważmy nasamprzód w jaki sposób działanie hidroterapii bezpośrednio się nam objaśnia w tych przypadkach, w których wytknięty cel wzmocnienia i lepszego odżywienia organizmu widocznie i niewątpliwie osiągamy? Sprawa odbywa się jak wiadomo mniéj więcéj w sposób następujący: ujmujemy choremu za pomocą środków hidryjatrycznych chwilowo znaczną stosunkowo ilość ciepła, ilość, która normalną produkcyję ciepła w odpowiednim czasie 10, 20, a nawet 30 razy przewyższa; następnie chory już samym instynktem wiedziony, a nadto radą naszą do tego skłoniony, stara się znowu szybko „ogrzać“, t. j. podwyższając czynność swych mięśni podnieść swoją produkcyję ciepła i poniesioną stratę w téj mierze wynagrodzić. Rzecz jasna, że w ten sposób chory ponosi chwilowo pewną utratę istoty organicznéj; gdy jednak w dalszym ciągu łaknienie wzmaga się a pożywienie i stan narządów trawienia są odpowiednie, wtedy uważamy, że nie tylko strata ta chwilowa bywa powetowaną ale że nadto pozostaje nadwyżka. Nadwyżka ta po niejakim czasie okazuje się jako przybytek na wadze, wyraża się przez lepszy wygląd i wzrost siły fizycznéj chorego, a bądź co bądź, zmiana taka dla zdrowia jego może być tylko korzystną. Taki jest przebieg w przypadkach pomyślnych, a taki przebieg byłby oczywiście bardzo pożądanym dla wszystkich suchotników.

Jeżeli się jednak zapytamy, czy tak pomyślny skutek hidroterapii rzeczywiście spostrzegamy u suchotników, tedy na podstawie trzeźwéj obserwacyi odpowiedzieć na to musimy, że wprawdzie w niektórych przypadkach skutek taki osiągnąć się da, że jednak w przeważnéj liczbie tychże sprawa cała zupełnie inny, dla chorego wcale niepożądany, bierze obrót. W téj mierze wypada nam wejść nieco bliżéj w szczegóły.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Najnowsze poglądy na chorobę Brighta.

Podał Dr. Pisek ze Lwowa.

(Dokończenie. Patrz Nr. 19).

Nerka znów zanikowa przedstawia nam się zazwyczaj w dwóch postaciach; jako nerka „mała biała“ i „mała czerwona“. Nerki takie są zazwyczaj zmniejszone, lekkie co do wagi, twarde a na powierzchni, zasianéj często torbielkami, ziarniste. W białéj małéj nerce ziarenka bywają większe, obejmujące jeszcze gładkie cząstki miąższu, obok mniejszéj ilości torbielków, aniżeli w nerkach czerwonych małych. Wszelako różnice te tylko wyjątkowo we wszystkich szczegółach skonstatować się dają. Badanie téż drobnowidowe tak białych jak i czerwonych nerek zanikowych wykazuje rozległe ubytki miąższu zastąpionego włóknistą tkanką łączną; gdzie zaś kanaliki jeszcze utrzymane tam przybłonki takowych gdzieniegdzie są niezmienione, częścią znów stłuszczone, a przestwory międzykanalikowe sąsiednie naciekłe drobnemi komórkami; kłębki przedstawiają nieraz kule włókniste, wśród których ani śladu pętli naczyniowéj, miejscami tu i owdzie kłębek niezmieniony lub też zmniejszony o znacznie zgrubiałéj torebce. Są to najbardziéj pouczające przykłady kolejnych zmian w kłębkach. Nieraz można widzieć w kłębku, o prawidłowéj jeszcze wielkości, niektóre pętle naczyniowe już bez pokrywy przybłonkowéj zamienione w istotę jednostajną, podczas gdy druga połowa kłębka jeszcze żadnych nie okazuje zmian. Inne znów kłębki okazują stopniowe grubienie torebki w miarę zanikania kłębka.

Na szczególną jednak uwagę zasługują zmiany na małych i najdrobniejszych tętniczkach spostrzedz się dające. Warstwa mięsna zawsze jest przerosłą, a tylko w nerkach małych czerwonych zgrubienie warstwy wewnętrznéj *(Intimae)* tak przeważa, że wobec niéj mięsna wydawać się nawet może zanikłą.

Nagromadzenia istoty szklistéj (*hyaline Substanz)* w pośród i nie na około tętniczek nie mógł R. stwierdzić pomimo uwagi na szczegół ten skierowanéj. W tym punkcie sprzeciwia się Gullowi, Suttonowi i Leydenowi którzy zawsze istotę tę wykazać byli w stanie, podczas gdy ją Johnson uważa za wytwór sztuczny.

Powyższe szczegóły, zdaniem R., dobitnie wykazują, że nerki zanikowéj nie należy żadną miarą uważać za odrębną postać chorobową, różną od zapalenia nerek, przedstawiającego się w postaci „dużéj białéj“ nerki lub „gładkiéj pstréj“ nerki *(glatte, gefleckte Niere“)*; że przeciwnie nerka zanikowa reprezentuje tylko okres późny téjże saméj sprawy. Również nie ma w zasadzie żadnych różnic anatomicznych między nerką pierwotnie a następowo „zanikową“ (*gemeine u. secundäre Schrumpfniere*).

Pod względem pochodzenia jednak zaniku dałaby się wykazać przecież pewna różnica, a mianowicie, że w przeważnéj części w nerkach „czerwonych“ zanik nerek jest skutkiem zmian w tętniczkach, zmian dochodzących nieraz do tak znacznych rozmiarów, że światło tętniczek jest zupełnie niedrożném. Ztąd też uważa R. wyrażenie Leydena *„Sclerosis renum“* za zupełnie trafne. R. przypuszcza tedy pod względem genezy dwie formy nerki zanikowéj, z których „białą“ należy uważać jako końcowy okres zapalenia rozlanego nerki *(nephritis diffusa)* a „czerwoną“ jako wynik zmian w tętnicach, arteryjosklerozy (twardziela tętniczego?!). Rzecz naturalna, że istnieją liczne i częste formy przejściowe, które wszelako bynajmniéj nie czynią zbytecznemi ustanowienie typów pierwotnych.

Co do nerki „zanikowéj skrobiowatéj“, to R. oświadcza się stanowczo przeciw takiéj odrębnéj postaci. Znaczne stopnie zwyrodnienia skrobiowatego mogą być wykazane w nerkach, wcale zanikiem niedotkniętych, a przeciwnie w nerkach zanikowych zwyrodnienie skrobiowate naczyń, jeżeli

ono się znachodzi, to bywa tak nieznacznem często, że mu wpływu na sprawę zaniku trudno przypisać.

Na podstawie zatém badań drobnowidowych przychodzi R. do wniosku, że anatomiczną podstawą choroby Brighta jest rozlane zapalenie nerki (*eine diffuse Entzündung der Niere*), zapalenie, które rozpoczyna się, podobnie jak każda inna sprawa zapalna, od zboczeń w krążeniu i emigracyi ciałek limfoidalnych. Równocześnie jednak bodziec zapalenia, prawdopodobnie jak R. przypuszcza, krew zmieniona, działa na pierwociny przybłonkowe kłębków naczyniowych i kanalików moczowych. Podczas gdy w okresie wczesnym brak wybitnych dowodów dla uważania sprawy zapalnéj, jako sprawy śródmiąższowéj, to w dalszym toku spostrzedz takową możemy tak na torebkach kłębkowych jak i wśród kanalików. Ztąd pochodzi, że nerki osób dotkniętych chorobą Brighta, jakie mamy sposobność badać zazwyczaj, okazują zmiany obejmujące wszystkie pierwociny tkaninowe, nagabując jedno utkanie więcéj, drugie mniéj. Dla tego też bezpodstawną jest rzeczą rozróżniać zapalenie miąższowe nerek lub śródmiąższowe (*Nephritis parenchymatosa et nephr. interstitialis*), lecz można tylko mówić o zapaleniu rozlaném nerki: *Nephritis diffusa*. Tylko silniejsze zajęcie jednego utkania, przewaga jednéj zmiany nad zmianą drugą, a nie inna chorobowa sprawa, jest przyczyną tak zacznych różnic w wejrzeniu, jakie przedstawiają nerki „wielkie grube“ (*rothe geschwollene Niere*) „wielkie białe“, (*grosse weisse*), „cętkowate“ (*gefleckte*), „pstre“ (*gesprenkelte*), i „białe zanikowe“ (*weisse Schrumpfniere*). Tylko jednę formę nerki zanikowéj można uważać jako genetycznie różną, tj. tę gdzie zanik bierze początek od zmian w tętniczkach (*Arteriosclerosis, arteriosclerotische Schrumpfniere*).

Skreśliwszy tak zapatrywania swoje co do zmian anatomicznych odnoszących się do M. Brighti przechodzi R. do pytania: czy są pewne dane kliniczne, któreby za życia czyniły możebném rozeznanie, ażali przybłonki lub też „interstycyja“ są bardziéj dotknięte sprawą chorobową.

Jak bowiem wiadomo wielu klinicystów do dnia dzisiejszego rozróżnia *in vivo* ściśle „nerkę zanikową“ pierwotnie, „samoistny zanik nerek“ (*gemeine Schrumpfniere*) od zaniku skutkiem „miąższowego zapalenia“ powstałego, lub od „zapalenia miąższowego“. Szczególniéj obecność lub brak puchliny, znaczniejszy lub mniéj znaczny białkomocz mają być w téj mierze rozstrzygające [1]). Otóż R. twierdzi, w czém mu zapewne każdy doświadczeńszy lekarz słuszność przyzna, że można znaleźć najwybitniejsze „gruboziarniste białe nerki“ bez puchliny i z nieznacznym białkomoczem za życia. R. odmawia puchlinie na podstawie ścisłych i nader licznych spostrzeżeń wszelkiego dyjagnostycznego znaczenia w tym względzie [2]).

Przy téj sposobności trafnie wykazuje niedostateczność teoryi Cohnheima o zmianach naczyń skórnych jako przyczynie puchliny tkanki podskórnéj, gdyż ta zazwyczaj równocześnie pojawia się z puchliną jam ciała. Nie mniéj zagadkową jest rzeczą, dla czego nieraz tylko pewne części, często ściśle ograniczone okolice ciała (*Praeputium, Conjunctiva bulbi etc.*) zostają puchliną dotknięte a inne nie.

Obecność tedy lub brak puchliny wcale nie dowodzi usadowienia się zmian w pewném utkaniu, lecz podobnie jak zmiany w moczu i objawy ze strony narządu krążenia, pouczają nas tylko o tém, czy już mamy przed sobą zanik lub też jeszcze go nie ma.

Przyczynę zaniku trudno rozeznać. Czy obfity pył w osadzie moczu, zawierający obficie ziarniste komórki, obok innych znaków zaniku nerki, uprawnia do przypuszczenia nerki „zanikowéj białéj“ (*weisse Atrophie*), nie chce R. rozstrzygać. W ogóle zdaniem tego autora możliwém byłoby rozeznanie tylko okresu zaniku, nigdy zaś tkanki biorącéj w zaniku udział. Na poparcie tego zdania przytacza, po zacytowaniu trafnych słów Brighta, własne doświadczenia. Wśród obserwacyi nieraz mógł stwierdzić, jak skąpy gatunkowo ciężki mocz zwolna stawał się obfitszym i lżejszym wśród równoczesnego zjawienia się przerostu serca i zapalenia siatkówki. „Biały, ziarnisty zanik“ uważa R. jako końcowy okres rozlanego zapalenia nerek; jak widać wraca on w tym względzie do poglądów Reinhardta i Frerichsa. Inaczéj rzecz się ma z „nerką czerwoną“, gdzie arteryjoskleroza jest punktem wyjścia sprawy i gdzie zanik najprawdopodobniéj od samego początku nieprzerwanie postępuje.

Również i symptomatologija, zdaniem R., podobnie jak szczegóły anatomiczne nie daje nam cech odrębnych. Z objawów poznajemy wprawdzie, czy choroba Brighta ostro lub przewłocznie się rozwija, lecz czy po płonicy, durze lub zimnicy, tego z objawów nie wiemy. Podobnie i w formie przewłocznéj: jeżeli mamy przed sobą zanik, to poznajemy i rozpoznajemy go, lecz nie wiemy, czy go wyprzedziła zimnica, gościec lub wyprysk, przypuściwszy, że mamy zawsze tylko chorobę Brighta w ściślém znaczeniu a nie zwyrodnienie skrobiowate, serowate lub ropienie nerek. Toż samo tyczy się etyjologii; R. nie widzi konieczności przypuszczenia, ze względów na etyjologiję, kilku form choroby Brighta. Zatém tylko przebieg i kres, jaki dosięgła sprawa zapalna, względnie czy istnieje zanik lub czy go jeszcze nie ma, może wpłynąć na rozróżnianie poszczególnych postaci choroby przerzeczonéj.

Wykluczając tedy: zwyrodnienia skrobiowate, stwardnienie skutkiem przekrwienia (*cyanotische Induration*), zmiany skutkiem ciąży (*Graviditäts-Nephritis*) z pojęcia choroby Brighta, proponuje R. uważać za jedyną podstawę téj choroby, anatomicznie, sprawę zapalną obejmującą wszystkie pierwociny tkaninowe i rozróżniać dwie postacie klinicznie: formę ostrą i przewlekłą, odpowiednio znów do produktów zmian anatomicznych, postać nerki „**wielkiéj**

[1]) O znaczeniu objawów ze strony serca i tętna, zmian siatkówkowych itd. w celu rozróżnienia R. prawie nic nie wspomina, przynajmniéj nader pobieżnie w rozprawie, która podaje jego wykład: *Wiener med. Blätter.* Luty r. b.

[2]) Dla niezwykłości poglądów przytaczamy ustęp w całości, słowa bowiem pochodzące od pierwszorzędnego znawcy chorób nerek warto przekazać szerszym kołom:

„Abgesehen davon aber, dass die Thatsachen nicht für eine solche Scheidung der genannten Formen sprechen, ist auch vom theoretischen Standpunkte eine derartige Begründung der An oder Abwesenheit der Oedeme, als eines werthvollen diagnostischen Zeichens, ganz unmöglich. Das Verhalten der Oedeme ist ein so wechselndes, dass uns vorläufig für ihre Genese und Bedeutung jede Erklärung fehlt. Bei einer grossen Zahl von Brightikern sehen wir sowohl Anasarca als Hydropsien innerer Höhlen sehr bald schwinden, sowie sie nur einige Zeit hindurch das Bett gehütet haben u. bei andern wieder bleibt das Anasarca, namentlich das Oedema faciei, vom Beginne bis zum Ende der Erkrankung bestehen, wie auch das diaetetische Verhalten wechseln möge, wie auch das 24stündige Harnvolumen schwanke u. welche Behandluug auch instituirt wird; bei wieder Anderen kommen u. gehen sie im bunten Wechsel ohne nachweisbaren Grund, höchstens in ganz acuten Fällen dem Unfange der Diurese parallel laufend“.

napęczniałéj" (*geschwollene, grosse Niere*) i **„małéj zanikłéj"** (*geschrumpfte kleine Niere*).

Jako poddział téj drugiéj kategoryi proponuje R. „arteryjosklerotyczną nerkę" jeszcze rozróżnić, gdyż i za życia można takową prawdopodobnie rozeznać.

Dr. Campardon: Leczenie pozornéj śmierci noworodków kąpielami gorącemi do 50°C.

Dr. Goyard opisał w r. 1881 przypadek przywrócenia do życia noworodka, w stanie pozornéj śmierci pozostającego, przez zanurzenie go w wodzie bardzo gorącéj (+ 45 do + 50°C.), wyczerpawszy poprzednio w ciągu dwóch godzin wszystkie inne sposoby ocucenia. Po trzydziestu sekundach nastał pierwszy oddech, a po pięciu minutach dziecko przyszło zupełnie do siebie.

Sposób ten podał pierwszy Dr. Le Bou i przedstawił go 2 grudnia 1872 r. paryzkiéj Akademii umiejętności, do jego użycia zaś doszedł na podstawie mniemania, że w pozornéj śmierci (*asphyxia*) ciepłota jest za nizką, a iżby życie wróciło nie wystarczy samo tylko ukwaszanie się krwi, lecz że przedewszystkiém trzeba ustrój doprowadzić do pewnego stopnia ciepłoty.

Dr. Campardon użył tego sposobu w dwóch przypadkach z pomyślnym skutkiem i opisał je na posiedzeniu *Société de médecine pratique* w Paryżu d. 16 lutego b. r.

Pierwszy przypadek dotyczył dziecka nader wątłego, niemającego siły do ssania, ciągle drzemiącego, przybierającego na ciężarze ciała bardzo powoli, bo tylko po 6 do 8 gramów dziennie, mimo że pokarm matki był prawidłowy. Dziecko to musiało być do ssania zawsze budzone, a wypróżnienia jego były nader trudne i nieczęste mimo użycia środków.

W ośmnastym dniu życia dostrzegła matka, że dziecko przez cztery godziny nic się nie ruszyło, usta miało zaciśnięte, wargi lekko sinawe, ciało zesztywniałe, w ogóle wydawało się jak nieżywe, nie chwytało piersi a wszystkie wysilenia, aby je ocucić (gorczyczniki, ocet, woda rojownikowa (*melissae*), eter), używane przez dwie godziny, nie miały żadnego skutku, owszem dziecko było bez oddechu, blade, końce palców rąk i nóg okazywały zastoiny krwi, tętno było niewyczuwalne, ruchy serca można było wyczuć z wielką trudnością i jako szmer bardzo odległy, czasem od chwili do chwili drgnięcie tego lub owego członka, zrzadka słychać było kwilenie słabe i żałosne; stygnięcie ciała szybko postępowało; jedném słowem dziecko było konające.

Wtedy jako środka ostatecznego użył Dr. Campardon kąpieli gorącéj tak że zaledwie wkładając rękę wytrzymać można było. Dziecko zanurzone po dwudziestu sekundach zaczęło się ruszać, ruchy oddechowe stawały się widoczniejsze i coraz częściejsze, płacz stawał się stopniowo głośniejszy; życie zaczęło wracać. W kąpieli oddało dziecko stolec bardzo obfity. Po dwóch minutach wyjęto dziecko z wody, obwinięto w watę gorącą, włożono do kolebki i obłożono bańkami z wodą gorącą. To stało się o godzinie dziesiątéj wieczorem. Koło szóstéj godziny rano oddech zaczął wolnieć a skóra stygnąć. Kąpiel gorąca, powtórzona tak samo, wywarła ten sam skutek. Dziecko otwarło oczy, possało chciwie i zasnęło. W kilka godzin potém, prócz tego że było bladém i chudém, nie okazywało śladów niebezpieczeństwa, jakiego co tylko uniknęło. W trzy tygodnie potém można je było zaszczepić i do końca pierwszego roku nie podległo ani na chwilę żadnéj słabości.

Drugi przypadek odnosi się do dziecka urodzonego w stanie pozornéj śmierci, u którego poprzednio również użyto wszystkich sposobów cucenia bez żadnego skutku. Po włożeniu go do wody gorącéj w piętnaście sekund zaczęło się poruszać, płakać, a po dwóch zaledwie minutach pobytu w kąpieli wyjęto dziecko żyjące; zabarwienie sine warg i odnóg zniknęło w téj chwili. (*Journal de thérapeutique*, 10 marca, 1882). *P......i.*

Pflüger: Przyczynek do nauki o odżywianiu rogówki.

Podczas gdy Cohnheim na podstawie swoich doświadczeń nad zapaleniem i ropieniem rogówki wypowiedział zdanie, że przypływ cieczy odżywczych odbywa się od brzegu téj błony ku jéj środkowi, a Samuel i Waldeyer potwierdzili to zapatrywanie, utrzymywali Knies, Weiss i Ulrich na podstawie swoich doświadczeń wprost przeciwnie, że rogówka otrzymuje materyjał odżywczy z cieczy wodnéj. Denissenko pierwszy wypowiedział bez ogródki przekonanie, że ciecz odżywcza dopływa do rogówki od otaczających ją naczyń, a nie z komórki przodkowéj. Autor zgadza się na podstawie swoich doświadczeń z tém zapatrywaniem Denissenki, lecz nie podziela jego zdania, jakoby naczynia spojówki nie miały udziału w odżywianiu powierzchownych warstw rogówki. Pflüger zapuszczał $\frac{1}{4}$ % roczyn succinylfluoresceiny, odkrytéj przez naszego rodaka Nenckiego i Siebera, królikowi do worka spojówki i spostrzegł, że powierzchnia rogówki już po kilku minutach okazuje słabą, ale wyraźną fluorescencyję zielonkowatą. Po zadaniu przybłonkowi rogówki rysy, występuje natychmiast ciemnozielone zabarwienie przyległéj rogówki z wybitnym kierunkiem ku jéj środkowi. Jeżeli się na brzegu rogówki i równolegle do niego usunie przybłonek w postaci kreski i zapuści kilka kropli roczczynu fluoresceiny do worka spojowkowego brzegi téj rysy, mianowicie zaś dośrodkowy, nasiąkają nią natychmiast a zielone zabarwienie posuwa się w kierunku promienia ku środkowi rogówki, do którego po 3 do 5 minutach dochodzi. Powierzchnia fluoryzująca przedstawia wycinek, którego podstawę tworzy utrata przybłonka a wierzchołek zaokrąglony po za środek rogówki sięga. Środkowe, okrągłe braki przybłonka okazują przeciwnie zabarwienie zielone, nieprzekraczające ich granic w żadnym kierunku znacznie, lecz otaczające je wązką obwódką równoległą do ich brzegów. Doświadczenia te dowodzą, że prąd cieczy odżywczych skierowany jest w rogówce od jéj obwodu ku środkowi, tudzież że odżywianie rogówki zawisło od tkanin sąsiednich, a nie od cieczy wodnéj, jak to Kniess, Ulrich i Weiss przypuszczają. Spojówce to i twardówce przypada zadanie odżywiania przeźroczystéj sąsiadki, pozbawionéj naczyń, a mianowicie zaopatruje spojówka powierzchowne, twardówka zaś głębsze jéj warstwy. Fluoresceina wprowadzona do komórki przodkowéj zabarwia tęczówkę mocno zielono, podczas gdy zabarwienie nie udziela się ani rogówce, ani spojówce, z czego wynika, że ciecz wodna nie ma żadnego udziału w odżywianiu rogówki. Że ciecze dostają się przeciwnie przez rogówkę do komórki przodkowéj, dowodzi przechodzenie do cieczy wodnéj atropinu, zapuszczonego do worka spojówki. Doświadczenie kliniczne przemawia również za odżywianiem rogówki od brzegu, bo wszakże wbrew Denissence rokujemy w przypadkach ciężkich chorób

spojówki według stopnia obrzmienia téj błony. Celem zbadania prądu cieczy odżywczych we wnętrzu oka, autor wstrzykiwał fluoresceinę za pomocą strzykawki Pravaza do ciałka szklanego, które skutkiem tego okazywało przepyszny odblask zielony, podczas gdy ciecz wodna wcale się nie zabarwiała. Jeżeli się przeciwnie wprowadzi fluorescinę za pomocą manometru do cieczy wodnéj, ciałko szklane okazuje wyraźnie zieloną fluorescencyję. Z tych doświadczeń autor nie chce wnosić, że prąd cieczy w stanie prawidłowym dąży z komórki tylnéj przez obwódkę Zinna ku tyłowi do ciałka szklanego, lecz wnosi, że ciałko szklane nie wytwarza cieczy wodnéj. Pojawianie się fluoresceiny w ciałku szklaném po wstrzyknięciu tejże do komórki przodkowéj autor tłumaczy w ten sposób, że barwik wessany obficie przez tęczówkę, dostaje się do naczyniówki a z niéj raczéj skutkiem dyfuzyi niż przesączenia do ciałka szklanego. Co do pochodzenia cieczy wodnéj to autor jest, zgodnie z Ehrlichem, tego przekonania, że ją naczynia ciałka rzęskowego wytwarzają. Autor powtórzył doświadczenia Ehrlicha, potwierdza w zupełności ich wyniki i dodaje w końcu, że podobnie jak Ehrlichowi nie udało mu się wywołać fluorescencyi siatkówki u królika, podczas gdy u młodego psa spostrzegł to zjawisko w postaci jasno zielonego, na 2 do 3 średnic tarczy szerokiego pasa, otaczającego tarczę w niewielkiéj odległości. *(Klin. Monatsbl.* Marzec 1882 str. 69 do 81)

Rydel.

Wiadomości pomniejsze.

(P...i) **O używaniu nitrogliceryny.** Hammond uważa ten lek za bardzo pożyteczny w każdym przypadku, gdzie chodzi o podniecenie krążenia i zwiększenie ciśnienia śródczaszkowego. Używa on rozczynu 10 części nitrogliceryny w 90 częściach wyskoku bezwodnego i rozcieńcza go jeszcze dziesięć razy tak, że każda kropla rozczynu zawiera jedną setnę kropli nitrogliceryny. Zadawanie rozpoczyna od jednéj kropli. Skutki wywołuje takie same jak azotyn amylowy, lecz o wiele trwalsze. Nitrogliceryna usuwa w kilku minutach ból głowy połowiczy, wynikający z niedokrewności, a szkodzi w bólu głowy połowiczym nawałowym; w tych razach rozpoznanie dokładne jest konieczne (badanie wziernikiem ocznym, uciśnienie tętnic szyjnych itd.) Używał jéj również przeciw padaczce, lecz tylko przeciw *petit mal* okazuje się skuteczną; w tych razach przepisuje z początku po jednéj kropli trzy razy dziennie i powiększa stopniowo co miesiąc dawkę w ten sposób, że w końcu roku chory zażywa codziennie po trzydzieści sześć kropel nitrogliceryny w trzech dawkach. Nitrogliceryna przewyższa azotyn amylowy używany przeciw *status epilepticus*, gdzie chory nie odzyskuje przytomności w przerwach między napadami. Użyteczną jest w bólach głowy i zawrotach głowy u kobiet niedokrewnych. *(New-York Neurolog. Soc.* 4 paźdź. 1881. *Revue de médecine* 10 maja 1882).

(L.K.) Beard. **O używaniu bromu w chorobach nerwowych.** Podawanie bromu w chorobach nerwowych, prócz padaczki, wymaga tak dużych dawek (30—100 ziarn), że łatwo i prędko występuje zupełna bromica. Z tego powodu zaleca autor używanie bromu tylko krótki czas (z wyjątkiem padaczki) i to naprzemian z lekami krzepiącemi. Zresztą należy uważać, że usposobienie osób bardzo wpływa na znoszenie lepsze lub gorsze bromu. Z różnych preparatów bromu zawiera *Kalium bromatum* najmniéj bromu, 68%, zaś *Lithium bromatum* najwięcéj, 92%. *Natrium bromatum* zdają się chorzy, szczególniéj ze słabym żołądkiem, lepiéj znosić. *Magnesium bromatum*, mające zarazem działać jako *tonicum*, sprawia, zdaniem autora, łatwo ból głowy, a smak ma gorzkawy. W końcu autor radzi wszystkich preparatów bromu używać w silném rozcieńczeniu. (*Ctrbl. f. Nervenheilk.*, 1881, str. 172).

(L. K.) Ballet. **O odruchach ścięgnistych.** Ballet badał 17 osób chorych na gorączkę tyfoidalną pod względem zachowania się odruchów ścięgnistych. U siedmiu chorych spostrzegł silne zwiększenie tych odruchów ścięgnistych we wszystkich stawach; u siedmiu znów tylko słabe zwiększenie, najwybitniejsze na nodze. U 3ch chorych odruchy były prawidłowe. W 7miu pierwszych przypadkach (ze silném zwiększeniem odruchów) badano u dwóch chorych w czasie gorączkowania, u 5 wkrótce po przesileniu. Na podstawie tych badań autor nie może się zgodzić z zapatrywaniem Petit-Clerca, że w durze występuje zmniejszenie lub nawet zniesienie odruchów ścięgnistych. Autor godzi się raczéj z Struempelem, że nie osłabienie lecz wzmocnienie odruchów ścięgnistych występuje w durze, wraz ze zwiększoną pobudliwością odruchową rdzenia pacierzowego. (*Ctrbl. f. Nervenheilk. u. gerichtl. Psychopathologie*, 1882, str. 172).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie I z d. 27 lutego 1882 r.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 13 i 1 gość.

1) Przewodniczący powitał obecnego na posiedzeniu gościa Dra Zygmunta Riegera ze Lwowa.

2) Protokół z poprzedniego posiedzenia z d. 19 grudnia 1881 r. odczytano i przyjęto.

3) Przewodniczący poświęcił kilka słów wspomnienia pamięci śp. Dra Julijana Grabowskiego, profesora chemii w Instytucie technicznym, członka Komisyi, zmarłego w dniu poprzednim. Zachęcając zgromadzonych, aby chcieli wziąść udział w odprowadzeniu zwłok na miejsce wiecznego spoczynku, wezwał zarazem, aby przez powstanie oddali cześć pamięci zmarłego, co też uczyniono.

4) Przewodniczący złożył do księgozbioru Komisyi broszurę Dra Stanisława Smoleńskiego z Jaworza, pod tytułem: *„Ueber die sogenannten beruhigenden Bäder."*

5) Przedstawiono pisma nadesłane, a mianowicie sprawozdania przysłane ze zdrojowisk i zakładów klimatycznych krajowych na wezwanie Komisyi, z których przewodniczący ułoży ogólny pogląd na ruch i postęp w tych zakładach i ten przedstawi na następném posiedzeniu.

6) Przewodniczący zawiadomił, że Zarząd dóbr tenczyńskich, własności hr. Potockich, postanowił zakład zdrojowo-kąpielowy wód siarczanych w Krzeszowicach oddać w zarząd pod jak najkorzystniejszemi warunkami lekarzowi, któryby się podjął tego przedsiębiorstwa. Właściciel zdrojowiska, który nie szczędził żadnych nakładów, aby łazienki urządzić odpowiednio do obecnych wymagań nauki, pragnąłby, aby zakład jak największy pożytek przynosił dla kraju, co dotychczas pomimo usiłowań z jego strony nie dało się do skutku doprowadzić, a zapewne udałoby się energicznemu lekarzowi, gdyby tą sprawą zajął się umiejętnie.

7) Dr. Rieger umyślnie na to posiedzenie ze Lwowa przybywszy przedłożył Komisyi plany nowobudujących się łazienek w zakładzie zdrojowym w Truskawcu. Po krótkim wstępie, objaśniającym geograficzne i topograficzne położenie zakładu, jego środki komunikacyjne, odległość od najbliższéj stacyi kolei żelaznéj dniestrzańskiéj Drohobycz-Truskawiec, zaledwie 8 kilometrów wynoszącą, ilość domów mieszkalnych dla gości 50, między którémi 15 zakładowych, ilość pokoi dla gości 368, położenie i własności chemiczne wód słonosiarczanych, okazał prelegent plany nowych łazienek, mianowicie: widok całego budynku,

rys poziomy parteru i 1szego piętra z mieszkaniami dla gości. Opisał dalęj konstrukcyję podziemia, to jest głównego korytarza, a zarazem kanału odprowadzającego, sposób umieszczenia w nim rur wodociągowych, materyjał z jakiego mają być sporządzone (lane żelazne w najlepszym gatunku rury główne, a ołowiane rury poboczne stanowiące rozgałęzienia), sposób ogrzewania wody, która z zamkniętych zbiorników żelaznych ma przechodzić rurami do kotłów ogrzewanych, a z tych własnym ciężarem i ciśnieniem do zbiorników umieszczonych po nad kotłami a zaś ztąd rurami, zamkniętemi do wanien za pomocą kurków śrubowanych. Opisał dalęj jakość wanien z blachy żelaznęj ołowiem z obu stron wykładanęj i lakierowanęj, urządzenie kąpieli spadowych z wody letnięj w łazienkach I klasy, sposób przyrządzania kąpieli mułowych, borowinowych i kobiecych natryskowych, sposób przewietrzania całego gmachu łazienkowego, wreszcie urządzenie w osobnym pawilonie wziewalni pary słonęj i żywiczno-aromatycznęj. W końcu przedłożył projekty co do ulepszeń wewnętrznego urządzenia domu, zakupienia nowego bilardu, fortepijanu i w. i.

W dyskusyi podjętęj nad tym przedmiotem brali udział koll: Lutostański. Warschauer, Skórczewski, Grabowski, inżynijer Kaczmarski i przewodniczący. — Kol. Lutostański w obszerniejszém przemówieniu zwrócił uwagę na następujące okoliczności, 1) że pomysł urządzenia mieszkań nad łazienkami uważa za niekorzystny, z powodu nieuniknionego gorąca i wyziewów z łazienek, jak tego dowodem podobne urządzenie w Krynicy; 2) wątpi o tém, aby wentylacyja za pomocą okna z centralnego wentylatora wieżowego była wystarczająca bez aparatu aspiracyjnego i ujęcia gazów i pary po nad każdą wanną za pomocą lejka i odprowadzenia rurami; 3) radzi, aby rury żelazne były wewnątrz emalijowane lub tak pokryte, aby gazy i woda na nie działać wcale nie mogły, zaś rury ołowiane żeby były siarkowane; 4) zaleca dodanie do farb, któremi pokoje łaziebne mają być malowane, nieco szkła wodnego, które znakomicie chroni od wilgoci; 5) przestrzega przed używaniem kurków *(Niederschraubhähne)*, które w wielu miejscach okazały się niepraktycznemi, i zaleca kurki czyli otwory wentylowe; 6) zbiorniki żelazne uważa za niepraktyczne, z powodu rychłego obluźniania się śrub; zbiorniki murowane zdaniem jego są najodpowiedniejsze, gdy są wycementowane; 7) co do wanien w zdrojowiskach mających tego rodzaju wody jak Truskawiec, uważa wanny drewniane za najpraktyczniejsze; 8) w urządzeniu sal wziewnych nie zaleca wcale kandelabrów wysokich, jakie są np. w Reichenhallu, z których wychodząca para solą wysycona utrzymuje się w górnéj części wziewalni dla oddychającego nieprzystępnéj; zaleca natomiast, aby kandelabry były nie wyższe niż 1.50 metra, albo téż aby para z aparatu rozpylającego działała z góry na dół; wreszcie 9) nie uznaje za stósowną zewnętrznéj wyprawy murarskiéj dolnéj połowy budynku drewnianego tak pod względem estetycznym, jako téż pod względem czystości i sprzyjania tworzeniu się grzyba. Dr. Warschauer przemawia za robieniem doświadczeń z wdychaniami gazu siarkowodowego. Inżynier Kaczmarski zgadza się z planem wentylacyi proponowanym przez Dr. L., nadto czyni uwagę, że ze względów estetycznych byłoby korzystniéj, aby łazienki w całości miały pozór budynku drewnianego w stylu szwajcarskim. Przewodniczący również przemawia za tém, aby budynek był od zewnątrz całkiem drewniany i oszalowany, co i dobrze wygląda i ułatwia w razie potrzeby odświeżenie budynku.

Na tém posiedzenie zamknięto, zapowiedziany wykład prof. Dra Olszewskiego „o wodzie mineralnéj w Głębokiém" dla spóźnionéj pory odkładając do następnego posiedzenia.

Dr. Ściborowski.

V. Lekarze i leczenie w Turcyi.

Podał **Dr. W. Jabłonowski**
w Kutahii w Anatolii.

Ożywiony ciekawością, a jednocześnie party nieubłaganą ręką losu, wskazującego mi przyszłą karyjerę w dali od niw i lasów rodzinnych, zawijałem do cudnego swą pięknością portu starego Bizancyjum, w chwili, gdy mordercze plagi Wschodu, morowa zaraza na południu i cholera w Stambule, przeciąwszy wątek życia setek tysięcy osób, znużone niejako, ustępowały powoli z ciężko doświadczonych miejscowości. Po klęskach tego rodzaju, po stratach tak moralnych jak i materyjalnych, wszystko co tylko można było objąć myślą przedstawiało się w szatach tak powabnych, tak przynęcających, a zarazem i tak wszechstronnie ciekawych, że i mój projekt niesienia pomocy cierpiącym, poznania społeczeństwa, w pośród którego żyć mi wypadało, zdawał się nie przedstawiać wielkich trudności. Stolica nadbosforska, którą można uważać za bramę Wschodu, łącząc w sobie wszystko, co tylko przedstawia typowy wyraz wschodnich stosunków, dostarczała mi środków do zapoznania się ze szczegółami wyłącznie interesującemi lekarza. Każdym więc razem, gdy tylko zręczność postawiła mnie w styczności z miejscowymi, nie zaniedbywałem zasięgać wiadomości o stanie służby zdrowia w ogóle, o lekarzach, ich wykształceniu i poważaniu, jakie znajdują w pośród ludności. Muszę przyznać jednak, że uzbierane na wstępie szczegóły nie były zbyt zachęcające. Przekonanie zaś miejscowe że: „umiejący krew puszczać nie umrze z głodu w Turcyi", tylko złowrogo obiło się o moje uszy. Wypadało jednak przekonać się o wszystkiém naocznie, na to zaś pozwalał jedynie charakter lekarza wojskowego. Z przyjemnością więc i pospiechem korzystałem z okazyi; przyjąwszy misyję udania się do Bagdadu, zdobyłem sobie łatwą sposobność poznania miast tureckich najbardziéj odległych, przeniknięcia do wsi i domów, a zatém i szczegółowego zbadania miejscowych stósunków. W ciągu więc kilkunastu lat miałem dość czasu do badania ludu, którego sposób życia, łatwowierność, przesądy i zacofane pojęcia, były mi znane tylko z opowiadań, lub dzieł przeczytanych, podających wprawdzie szczegóły dotyczące życia i zwyczajów mieszkańców, lecz pomijających gruntowny pogląd na stosunki lekarskie, które jakby nieistniejące zostają zwykle pokryte cieniem zupełnego zapomnienia. Nie podobna jednak czynić zarzutu podróżnym, przebiegającym Turcyję w charakterze zwykłych turystów, którym nie podobna było zwrócić uwagi na cierpienia ludu, żyjącego w głębokiéj ciemnocie. Trudno im było zbadać nieszczęśliwą pozycyję ojca otoczonego liczną rodziną, tracącą zwykle największą liczbę ofiar, dzięki nieświadomości domniemanych lekarzy miejscowych. Trudno im było, powiadam, zapoznać się ze szczegółami życia domowego mieszkańców, i ocenić najgorsze stósunki higijeniczne, w których pozostają dzięki uświęconym przesądom i otrzymywanym radom. Wreszcie żaden z turystów nie miał zręczności wyrażenia swego zdziwienia, widząc bogactwa przechodzące w ręce szarlatanów, najbardziéj zacofanych pod względem znajomości sztuki leczenia. Uwydatnienie więc téj najbardziéj interesującéj strony życia wschodniego będzie przedmiotem obecnego szkicu.

Turcyja pod względem ustroju swego społeczeństwa różni się bardzo od innych krajów europejskich. W pojęciach jednak o lekarzach i leczeniu wyznaje prawie te same zasady, t. j. że osoby najstarsze w rodzinie posiadają pewną znajomość sztuki leczenia, uważając się za obznajomionych z jéj zadaniem jedynie z powodu, że sami cierpieli lub widzieli cierpienia innych. Młodzi znowu członkowie rodzin, naturalnie pełni głębokiego uszanowania dla starszych krewnych, zwykli posuwać zaufanie do takiego stopnia, że ślepo wierzą w to wszystko, co starzy powiedzą, uważając za nie-

omylny każdy z podanych środków leczniczych. Zwyczaj podobny tak jest zakorzeniony na Wschodzie, że osoby wiekowe w ogóle mają pretensyję uchodzenia za znawców, ciesząc się poważaniem i pełném zaufaniem. W ten sposób w każdym zakątku, we wsi czy w miastach, nieskończona ilość starych matron („*Hodża Kary*“) ma reputacyję nieomylnych znachorek i leczy też każdy nadarzający się przypadek. Liczba zaś tych pośredniczek zarówno jest znaczną w większych miastach jak i w najmniejszéj wioseczynie, i cały ogół pokłada głębokie zaufanie w ich takt leczniczy. Ztąd więc bogaty czy ubogi, z najnieznaczniejszym nieładem ustrojowym, lub też z ciężkim stanem chorobowym, zwraca się zwykle do staruch i u nich szuka pomocy. One też zręcznie umieją korzystać z powagi, jaką im daje wiek i nie szczędzą rad i podawania środków zwykle niepogorszających cierpienia chorych, ale też nieprzynoszących najczęściéj najmniejszego polepszenia. To samo prawie czynią i starzy mężczyźni. Jakiekolwiek jest ich stanowisko społeczne, od chwili gdy skończą lat pięćdziesiąt, mają zwyczaj tytułowania się lekarzami, jedni czyniąc to z potrzeby znalezienia środków zapewniających byt codzienny, drudzy zaś z przekonania, że mogą nieść ulgę cierpiącym sąsiadom. Wszyscy zaś pod formą maści lub pigułek posiadają jakąś „panaceę“ zwykle nieszkodliwą, czasem jednak złożoną z istot ostrych, mogących narazić życie chorego na niebezpieczeństwo. Jednak szczęśliwi lekarze. W ciężkich przypadkach przez nich leczonych, a nawet w przypadkach śmierci w skutek widocznego zatrucia, są zwykle wolni od wszelkiéj odpowiedzialności. Rodziny zaś dotknięte, zamiast zaniesienia skargi, przeciwnie nie szczędzą im podziękowań za podjęte starania. Takiém powiadają było przeznaczenie człowieka, i lekarz nic nie pomoże w obec „Kesmetu“ i woli Allacha. Z tego widzimy, że fanatyzm religijny mas ciemnych jest środkiem zbawczym dla domorosłych lekarzy w razach niepowodzenia w leczeniu. Jeżeli zaś przypadkiem prawdziwy lekarz za pomocą stósownych środków terapeutycznych lub rękoczynów chirurgicznych zdoła sprowadzić polepszenie się stanu chorego, fakt taki szybko nabiera rozgłosu, cała gmina otacza lekarza, wychwala, podziwia, uważając go za prawdziwego zesłańca z niebios. Ale i wtedy dzieło nauki i rozsądku przypisują jedynie siłom nadprzyrodzonym.

Jeden z przypadków, jaki mi się zdarzył w podróży z Aleksandrety do Alepu, potwierdzi wyżéj wypowiedziany pogląd. Na noclegu w jednéj z wiosek, położonych na skłonach pasma zwanego „Giuczel Dal“ i zamieszkałych przez Syro-Chaldejczyków, przypadek czy też wieść o podróżującym cudzoziemcu sprowadziła mi chorego dotkniętego puchliną, powstałą w skutek długotrwałéj choroby serca. Chory mój był to wieśniak lat 50ciu, leczony naturalnie od dawna i okpiwany przez całą gromadę miejscowych znachorów, którym udało się wkrótce pochłonąć cały jego zasób pieniężny. Biedny cierpiący żył w przekonaniu, że nie tylko jest skazanym na śmierć, ale co gorsza, że i dusza jego jest potępioną! Wszystko zaś to jedynie dla tego, że tęgie miejscowe głowy zawyrokowały, że istotą jego cierpienia jest nagromadzenie się grzechów śmiertelnych w brzuchu, niemogących ustąpić z obranego siedliska jak tylko ze śmiercią biedaka. Opuszczony przez rodzinę i przyjaciół chory został oddany gniewom djabła i ukryty w kącie nędznéj lepianki, nieszczęśliwy ten czekał co chwila śmierci i nieuniknionéj kary. Środki podawane przez poważnych miejscowych znawców były niezdolne rozdzielić tak znaczne nagromadzenie się grzechów i biedny chory skazany był na śmierć z powodu niestósownego leczenia. Wprawdzie w przypadku tak ciężkim i tak już rozwiniętym, w jakim znajdował się mój nieoczekiwany znajomy, istotna sztuka leczenia nie wiele przedstawia środków pomocniczych. Jednak dla sprowadzenia ulgi w trudności oddychania podtrzymywanéj obecnością znacznéj ilości płynu zdecydowałem się wydalić go jak można najprędzéj i nic nikomu nie mówiąc małym trójgrańcem przebiłem ścianę brzuszną. W przeciągu godziny ilość płynu wynosząca jedynaście kilogr. została wydaloną, chory doznał ulgi, lecz najciekawszém było tutaj zdziwienie całéj rodziny, gospodarza u którego gościłem, a następnie i wzbudzony podziw w całych gromadach wieśniaków biegnących ze wszystkich zakątków, aby przekonać się o cudzie tak łatwego odpłynięcia grzechów, przeobrażonych w żółtawą wodę. Opatrzywszy w zwykły sposób rankę powstałą z przekłócia i nałożywszy opaskę przygotowaną z jakiejś domobitéj tkaniny, nazajutrz opuściłem mego chorego, polecając go opiece jednego z rozsądniejszych krewnych, znalezionego w osobie miejscowego proboszcza. Jakim zaś był skutek mego postąpienia, trudno mi się było dowiedzieć. To tylko dodam, że sąd i opinija, wydana o mnie, była wprost przeciwną mym oczekiwaniom. Osoby bowiem najpoważniejsze w okolicy zadecydowały, że jestem posłańcem niebios, narzędziem wybraném przez Opatrzność ku wykonaniu cudu, dowodzącego całemu ich światkowi, że grzechy nieszczęśliwego chorego zostały przebaczone przez samo przeobrażenie się w płyn.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

Listy z Paryża.

IV.

(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

Zajmujący jest widok tych rozlicznych postaci chorób nerwowych, szczególnie różnych rodzajów hysteryi, których prof. Charcot ma kolekcyję bardzo ładną. Oczywiście przeważają tu znacznie ciężkie formy szczególniéj hysteroepilepsyi, których studyjum zajmuje obecnie głównie, prawie wyłącznie, tego znakomitego neuropatologa.

Oddział kliniczny zajmuje trzy sale kobiet, t. j. około 50 łóżek, i jednę salę mężczyzn z 24ma łóżkami. Do tego oddziału dołączone są daléj liczne laboratoryja, odlewarnia gipsów, pracownia fotograficzna, mały amfiteatrzyk przeznaczony na salę wykładową i nowe, jeszcze w zawiązku będące, muzeum okazów naturalnych i sztucznych z dziedziny chorób nerwowych i mózgowych; wreszcie prosektoryjum, którego urządzenie pozostawia dość dużo do życzenia.

Obserwacyje przedsiębrane w klinice robione są jak najskrupulatniéj i jak najszczegółowiéj, o ile dotyczą zjawisk nerwowych. Za to w zwykłém badaniu fizyczném organizmu widne tu i owdzie braki. Znaném jest np. i w wielu przypadkach uzasadnioném twierdzenie Romberga, że przyczyną pierwotną hysteryi są często zmiany w systemie płciowym kobiecym. Nie wchodzę w to, czy prof. Charcot zdanie to podziela lub nie; w każdym razie zdawałoby mi się, że mając tak obszerny i tak rozliczny materyjał powinien kwestyję tę należycie i gruntownie zbadać. Tymczasem w oddziale prof. Charcota (obecnie przynajmniéj) żadnéj z pacyjentek nie bada się ani za pomocą palca, ani za pomocą wziernika macicznego, — co więcéj, wyraźne często wska-

zówki anamnestyczne pomija się jako nienależące do objawów cierpienia głównego. Podobnież badania krwi, odgrywające, zdaniem mojém, niemałą rolę w historyjach chorób pisanych wzorowo, tutaj nie bywają wcale przedsiębrane. Cóż więc właściwie stanowi istotę badań obecnych prof. Charcota? Oto dokładne badanie całego systemu nerwowego z wyzyskaniem i zastosowaniem wszelkich środków badania, jakie tylko patologija, fizyjologija, fizyka itd. podać, lub choćby tylko nasunąć mogły; daléj jak najdokładniejsze badanie i obserwowanie różnych form i okresów, t. zw. napadów hysterycznych, ze zdjęciem fotograficznėm, albo rysunkiem, albo odlewem gipsowym pojedyńczych części lub całego ciała.

W obec tych nader ścisłych i nader wyczerpujących badań w tym jednym kierunku tém silniéj uwydatniają się braki wyżéj nadmienione. Nie mogę i nie chcę twierdzić, jakoby obserwacyje z dziedziny systemu nerwowego przedsiębrane z taką skrupulatnością i taką sumiennością przez prof. Charcota i jego uczniów były zupełnie zbyteczne i nie prowadziły do żadnego rezultatu. Zdaje mi się jednak, że jak na dziś badania te są tylko zbieraniem materyjału, zbieraniem może nadto dorywczém i gorączkowém; gdyż w obec dzisiejszego stanu nauki fizyjologii i patologii nerwów materyjał ten nie może być należycie wyzyskanym i przynosić rezultatów dodatnich. Mówiąc to nie mam wcale na myśli rezultatów terapeutycznych, — do tych nam podobno bardzo jeszcze daleko; — chciałbym tylko, aby obserwacyje te były przedsiębrane więcéj systematycznie i spokojnie i prowadziły do wniknięcia w istotę choroby tak ciężkiéj i zwłaszcza we Francyi tak rozpowszechnionéj, jak hysteryja w jéj najróżnorodniejszych rodzajach i odcieniach.

Z drugiéj strony podnieść muszę najnowsze prace prof. Charcota i ciągle bacznie zwróconą jego uwagę na rozpoznawcze znaczenie lokalizacyi i przyrody chorób mózgu i rdzenia. Tu już pole działania jest nieco lepiéj przygotowane, stan nauki więcéj odpowiedni, a co najważniejsza, stwierdzenie rozpoznania przez badanie pośmiertne ułatwia i uzupełnia te badania w sposób niepozostawiający wiele do życzenia. Wiadomo kolegom, że sprawa ta dopiero w najnowszych 10—15 latach stała się przedmiotem badań ścisłych i że do dziś dnia ma jeszcze zawsze i to w obozie fizyjologów wielu i znacznych przeciwników. Otóż szermierzem wymownym i dzielnym téj sprawy jest właśnie prof. Charcot, były jéj przeciwnik, a dowodami jego są dokładne i sumienne historyje choroby i protokóły sekcyjne. Nie mając, ze względu na formę listów, zamiaru zatrzymywania się dłużéj i obszerniéj przy tym przedmiocie odsyłam ciekawych do pracy prof. Charcota z r. zeszłego [1]). Z tego téż działu mam dokładne notaty zajmującego przypadku gruźlicy mózgu, które przy swobodniejszéj chwili dokładniéj opracować zamierzam.

Na zakończenie podać muszę do wiadomości tych kolegów, którzyby mieli zamiar zobaczyć Paryż, że prof. Charcot rozpocznie zaraz po świętach Wielkiéjnocy swoje wykłady kliniczne, które według tego, co prywatnie mówił, obiecują być bardzo zajmującemi. Nie wahał on się nazwać ich „wykładami klinicznemi przyszłości“ (porównanie z muzyką przyszłości) chcąc przez to powiedzieć, że będą one mogły stanowić wzór dla wszystkich wykładów klinicznych w przyszłości. *Dr. Gwiazdomorski.*

[1]) Leçons sur les localisations dans les maladies du cerveau et de la moelle epinière. Publications du „Progrès medical“.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 7—13 maja śmiertelność ogólna w Krakowie wzniosła się z 24.4 do 35,1 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 3 (1 z t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 2 (3 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach odry, 1 błonicy, 1 płonicy, 3 duru osutkowego. W tygodniu od 2 do 8 kwietnia ospa w Londynie złagodniała. Świeżo zapadło 55, leczyło się w szpitalach 384, umarło 14. W Wiedniu umarło 25, w Budapeszcie 11, w Pradze 3, w Paryżu 15, w Petersburgu 9, w Warszawie (od 18—25 marca) 42, w Lizbonie (od 26 lutego do 4 marca) 10, w Madrycie (od 31 stycznia do 5 lutego) 54. Odra zabrała jeszcze wiele ofiar w Londynie, Paryżu, Liverpolu, Edynburgu i Kopenhadze. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 11, Granadzie 4, w Warszawie Tryjeście i Walencyi po 2.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 2 do 8 kwietnia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 36,7; we Lwowie 34,8; w Poznaniu 30,2; w Wiedniu 36,8; w Budapeszcie 38,8; w Tryjeście 36,7; w Berlinie 24.5; w Gdańsku 28,8; w Wrocławiu 29,5; w Dreźnie 28,4; w Lipsku 23,0; w Mnichowie 40,8; w Bazylei 23,6; w Brukseli 26,8; w Amsterdamie 25,1; w Hadze 23,6; w Paryżu 31,2; w Londynie 21,4; w Kopenhadze 26,2; w Stokholmie 25,1; w Chrystyjanii 19,6; w Petersburgu 41,5; w Odesie 31.0; w Wenecyi 30,0; w Madrycie 63,1; w Lizbonie 32,4; w Aleksandryi 31,9; w Nowym Yorku 35,2; w Filadelfii 24,9; w Bombaju 33,6; w Madrasie 43,3.

J. B.

VII. Wiadomosci bieżące.

* **Kraków** d. 26 maja. W terminie majowym złożyli egzamin fizykacki w Krakowie pp. Drowie Blumenfeld z Krakowa, Danielski z Alwerni, Gluziński z Krakowa (celująco), Krobicki ze Lwowa, Olpiński z Trembowli, Rosner i Wilkosz z Krakowa.

* Wczoraj rano wyjechali do Pragi proff. Rostafiński i Jakubowski jako reprezentanci Akademii i Uniwersytetu, oraz Drowie Homme i Wysocki ze Złoczowa i Waligórski z Przemyślan. Pociągiem zaś popołudniowym pojechało osób 40, a mianowicie, o ile dojrzeć mogliśmy, ze Lwowa reprezentanci Uniwersytetu, Akademii technicznéj, Tow. aptekarskiego, prof. Radziszewski, docent Wąsowicz, Zuliński Józef, Petelenz, dyrektor Rodecki, Kamiński; z Krakowa lekarze Czulik, docent Grabowski, Jodłowski, Kralczyński, Kwaśnicki (reprezentant komisyi redakc. Przeglądu Lek.), Machek, docenci Obaliński i Pieniążek (reprezentant Wydawnictwa dzieł polskich lekarskich), Riedmüller, Ściborowski (reprez. komisyi balneologicznéj); nadto Drowie Obtułowicz z Buczacza i Tyralski ze Zbaraża; aptekarze tutejsi pp. Gralewski, Siedlecki, Wiszniewski; — prezes czytelni akademickiéj Ożóg i kandydaci medycyny Czyrniański i Roth. — Dzisiejszym pociągiem rannym wyjechali prezes Tow. lek. krak. docent Jordan, prof. Browicz, prymaryjusz Zarewicz, Lutostański oraz reprezentanci Tow. lek. galic. Drowie Janda i Krówczyński. Nadto zapowiedzieli na Zjeździe wykłady pp. Talko z Warszawy, Jerzykowski z Poznania i docent tutejszy Kopernicki, obecnie w Maryjenbadzie, wreszcie poiadą podobno Drowie Czerkawski i Horoch z Wiednia oraz jeszcze kilku ze Lwowa. Z prawdziwą przyjemnością konstatujemy fakt, że lekarze i przyrodnicy polscy w nadspodziewanie licznym poczcie, bo o ile obliczyć możemy, prawdopodobnie w liczbie 60 osób, staną w Pradze czeskiéj i tym sposobem należycie spłacą dług, który w obec kolegów czeskich zaciągnęliśmy. Sądzimy, że będziemy wiernymi tłumaczami uczuć wszystkich naszych czytelników, jeżeli wynurzymy serdeczne życzenie, aby II Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich doznał świetnego powodzenia. Szczęść Boże zacnym usiłowaniom pobratymców naszych!

(γ) Na jednėm z ostatnich swych posiedzeń Towarzystwo Lekarskie krak. uchwaliło, aby Komitet Towarzystwa celem

uczczenia pamięci zmarłego przed $1\frac{1}{2}$ rokiem ś. p. Antoniego Kozubowskiego zajął się sprawieniem olejnego portretu nieboszczyka. Fundusz potrzebny ma być zebrany drogą składek. Sądzimy, że zachęcanie do składek byłoby w tym razie zbytecznem, że wystarczy przypomnieć imie zasłużonego, a przez uczniów dla swego charakteru cenionego profesora, który z niezwykłą bezinteresownością (wiadomo bowiem, że nigdy przypadającego sobie czesnego za wykłady od uczniów nie pobierał) przez lat 30 z górą gorliwie poświęcał się zawodowi nauczycielskiemu i wykształcił w anatomii rzec można całe pokolenia lekarzy, aby wielu z czytelników, których nieboszczyk był nauczycielem, pośpieszyło ze złożeniem ofiary dając przez to widomy objaw zaszczytnéj dla niego wdzięczności.

Składki przyjmuje: Administracyja Przeglądu Lekarskiego (Ul. Sienna Nr. 14) i Sekretarz stały Tow. Lek. krak. Dr. Zarewicz (Ul. Floryjańska, L. 40).

* Dowiadujemy się z *Gaz. Lek.*, że dzierżawa zakładu kąpielowego w Krzeszowicach przez Drów Kadlera i Stankiewicza z Warszawy — nie przychodzi do skutku.

* W Ustroniu na Szlązku austr. osiadł jako lekarz gminny i zakładowy Dr. Bolesław Józefczyk z Krakowa; udzieli on chętnie wszelkich informacyj chorym tam wybierającym się.

* W Cieplicach czeskich do d. 16 bm. było gości 645.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Tygodniki lekarskie spierają się ze sobą o kandydaturze prof. Leydena z Berlina na opróżnioną po Duchek u klinikę lekarską. O ile się zdaje, Leyden rzeczywiście dał komisyi do zrozumienia, że pod pewnemi warunkami byłby gotów przenieść się do Wiednia. Sprawa dotąd wcale jeszcze nie rozstrzygnięta, ale w obec braku klinicystów nietylko w Austryi, ale i w Niemczech, którzyby zdołali ogarnąć cały przedmiot, wypadałoby tylko powinszować Wiedniowi, gdyby Leydena pozyskał. — Po uzyskaniu sankcyi Cesarskiéj promocyja prof. Ludwiga na Dra med. odbyła się według przepisanych formalności, a promotorem jego był Brücke. — **Berlin.** Prof. Langenbeck liczący lat 71, prosił o przeniesienie go w stan spoczynku. — **Gryfija.** Jeszcze przed niespodziewaném zejściem Huetera opuścił Gryfiję nadzw. prof. chirurgii Schüler, przenosząc się do Berlina, obecnie i prof. Eulenburg porzuca swoją katedrę, udając się również do Berlina.

* W Berlinie odsłonięto d. 22 b. m. pomnik Graefego. Uroczystość ta odbyła się przy wielkim udziale publiczności oraz wielu znakomitości naukowych, jak Virchowa, Helmholza, Du Bois Reymonda, Arlta, Frerichsa itd. Pomnik wykonany z bronzu przez prof. Siemeringa, kosztował 80.000 marek.

* **Odznaczenie.** W uznaniu zasług położonych podczas kampanii w Bośnii i Hercogowinie lekarz sztabowy Dr. Wilhelm Tonner otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa. Dr. Tonner jest członkiem naszego Tow. lek. i z Krakowa powołany został przed kilku miesiącami do Bośnii.

* **Wiadomości osobowe.** Drowie Edward Krzyżanowski w Buczaczu i Wacław Machnowski w Stanisławowie mianowani zostali w obronie krajowéj lekarzami batalijonowymi z stopniem lekarzy pułk. 2éj kl. i rangą kapitanów.

* **Nekrologija.** We Włoszczowie w Król. Polskiém umarł z duru wysypkowego Dr. Franciszek Grot, wychowaniec Uniwersytetu warszawskiego.

Przed zamknięciem tygodnika otrzymaliśmy od kolegi reprezentującego wydawnictwo Przegl. Lek. następujący telegram:

„Praga czeska 26 maja, rano. Do téj chwili przybyło 58 polskich członków i uczestników Zjazdu; wieczorem liczba ta prawdopodobnie przejdzie 70; ogólna liczba przybyłych na Zjazd w téj chwili wynosi 500; pod względem liczebnym, towarzyskim i naukowym Zjazd zapowiada się świetnie. Komitet z Drami Chodounskym i Janovskym na czele serdecznie powitał nas na dworcu; pobratymcy przyjmują nas szczerze, wspaniale“.

Celem ostatecznego ułożenia spisu lekarzy krakowskich, upraszam tych szan. kolegów, którzy dotąd adresu i godzin ordynacyjnych nie podali, o załatwienie téj sprawy w jak najkrótszym czasie. *Dr. Jan Rosner.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Podwale Nr. 11.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 3 czerwca 1882. **№ 22.** Rok XXI.

I. O inkarceracyjach wewnętrznych.

Przez Dra Szeparowicza.
Rzecz wyłożona na posiedzeniach Tow. lek. gal. we Lwowie d. 20 stycznia i 12 marca 1881.

(Dokończenie. Patrz Nr. 21).

Na podstawie powyższych studyjów o mechanizmie inkarceracyj można istotę inkarceracyi, której jedni autorowie zgoła nie, inni znów zbyt obszernie i dla tego niewłaściwie, inni wreszcie zbyt ciasno określają, zdefinijować jak następuje: Przez inkarceracyję kiszek w ogólności rozumie się ściśnienie pewnéj części kiszek przez przyczynę położoną poza światłem kiszki i odosobnienie jéj od góry i dołu takie, że następstwem jest przerwa komunikacyi treści części odosobnionéj od reszty przewodu pokarmowego, tudzież zboczenia większe lub mniejsze w zakresie krążenia i odżywienia części odosobnionéj; oba te zaś następstwa są bądź bezpośrednim skutkiem ucisku, bądź pośrednim w skutek nagłego znacznego rozdęcia i następowego porażenia kiszki po nad ściśnieniem.

Stan taki kiszek w zakresie jamy brzusznéj jest inkarceracyją wewnętrzną.

Przejdźmy teraz na podstawie powyższych studyjów i definicyj inkarceracyi do p o d z i a ł u rubryki inkarceracyj wewnętrznych, a za punkt wyjścia weźmy podział R o k i t a ń s k i e g o. On dzieli inkarceracyje wewnętrzne na:

1) Inkarceracyje skutkiem u c i s k u pewnéj części kiszek p r z e z n a p e ł n i o n e k i s z k i z g ó r y i i c h k r e z k ę. Rubrykę tę można przyjąć atoli z zastrzeżenia: *a*) że ucisk nie może się ograniczać do saméj kiszki, lecz ma się rozciągać i na przynależną część krezki, gdyż dopiero uraz téj ostatniéj a tém samém i wstępujących nerwów systemu słonecznego tłumaczy przypady ogólnego wstrząsu (*shok*); *b*) następnie ucisk ma obejmować pewną część kiszki nie zaś tylko jakiś mniejszy lub większy punkt na jéj powierzchni, tak aby rzeczywiście mogła być mowa o inkarceracyi czyli odosobnieniu pewnego kawałka kiszek od ich reszty; *c*) wreszcie ucisk ma nietylko wstrzymywać posuwanie się treści kiszek, lecz także sprawiać przeszkodę w krążeniu soków. Takiego ucisku zaś szeroka powierzchnia (bądź narządów wewnętrznych, bądź nowotworów) nie może wywrzeć bezpośrednio na powierzchnię kiszki saméj, lecz tylko pośrednio przez krezkę wyciągniętą (np. w poprzek przez pewną część kiszek i odnośną krezkę zwiesza się zwój kiszek cienkich, napełnionych kałem, wraz z odpowiednią krezką, albo zwiesza się przerosły narząd wewnętrzny lub nowotwór wraz z swoją wydłużoną szypułką). Dla tego też definicyja inkarceracyi kiszek, jaką podaje U h d e (*Chirurgische Behandlung innerer Einklemmung, Billroth-Pitha, Lehrbuch der allg. u. spec. Chir.*) „*wo eine Zusammendrückung und Zurückhaltung eines Theiles des Darmkanals stattfindet, in Folge deren der Fortgang des Darminhaltes völlig gehindert ist*“, taka definicyja jest zbyt obszerną i nieuzasadnioną, w obec studyjów nad mechanizmem inkarceracyi, wyłożonych na wstępie. Przypadkiem należącym do téj kategoryi inkarceracyi jest jeden z praktyki S c h u h a „*Über Spannung des Netzes als Ursache innerer Einklemmung* (w wydaniu Gilewskiego 1867: S c h u h s *Abhandlungen aus dem Gebiete der Chirurgie*).

2) S k r ę t k i s z e k (*volvulus, Axendrehung*). Téj rubryki zapewne nikt się nie zawaha umieścić w dziale inkarceracyj wewnętrznych. Gdy bowiem w skręcie wytwarza się w pewnéj części kiszek (najczęściéj grubych) zupełna przerwa komunikacyi z resztą kiszek tak od góry jak od dołu, nadto gdy na podstawie skrętu bywa ucisk wzajemny na dowożące naczynia tak znaczny, że zgorzelina rozwija się częstokroć dość rażno: przeto zachodzą wszelkie warunki, które przywiązujemy do pojęcia inkarceracyi. Mimo to jednak niektórzy autorowie (np. L e i c h t e n s t e r n w dziele Z i e m s s e n a) traktują skręt kiszek zupełnie odrębnie od inkarceracyi wewnętrznéj.

3) *Strangulatio.* Ta rubryka należy także z największém prawem do inkarceracyi wewnętrznéj. Zadziwiającą jeno jest rzeczą, dlaczego Rokitansky nie pomieścił w téj rubryce także i przepuklin wewnętrznych uwięźniętych (*hernia interna incarcerata*), które przecie stanowią pierwsze wzory inkarceracyi tak jak przepukliny zewnętrzne.

Na tém Rokitansky kończy dział inkarceracyj wewnętrznych. Wgłobienia zaś kiszek (*intussusceptio, invaginatio*) nie zalicza do inkarceracyj wewnętrznych, lecz traktuje je odrębnie, i zamieszcza pod rubryką zmian w położeniu kiszek (*Lageveränderung des Darms*). Ze stanowiska klinicznego zgodzić się na to nie można, i owszem zaznaczyć należy, że pewna część przypadków wgłobienia należy także do inkarceracyj, a mianowicie ta, gdzie klinicznie przedstawia się całkowity obraz inkarceracyi, anatomicznie zaś mamy przed sobą odosobnienie zupełne treści w kiszce wgłobionéj i wstrzymanie krążenia soków, tak że nawet powstaje zgorzelina części wgłobionéj. Jako poddział inkarceracyi wewnętrznéj należy więc przyjąć:

4) pewną część wgłobienia kiszek.

Przechodząc do sposobu leczenia, jaki zazwyczaj spotykamy w praktyce, wyznać trzeba, że takowy bywa najczęściéj nieracyjonalnym. W obec okoliczności, że, przyczyną inkarceracyi jest według Kochera rozdęcie nagłe kiszki po nad miejscem ścieśnionêm, należy wstrzymać sie od wszelkich środków drastycznych, gdyż te właśnie sprawiają nagłe rozdęcie. Tak jak w przepuklinach zewnętrznych inkarcerowanych nie zadaje się środków drastycznych, tak nie powinno się i w przypadkach inkarceracyi wewnętrznéj ich zadawać. W ostatnich tłumaczy wprawdzie często lekarza niepewność rozpoznania, znanemi mi są jednak przypadki z praktyki, gdzie mimo rozpoznania inkarceracyi wewnętrznéj, podawano choremu najostrzejsze środki (kalomel w wielkich dawkach, jalapę, oléj krotniowy itp.). Przeciwnie najracyjonalniejszym środkiem jest makowiec, uznany jeszcze za skuteczny przez starą medycynę. Zniżając bowiem ucisk w kiszkach, działa tém samém w pewnéj mierze jako środek wzniecający ruch robaczkowy w części kiszki przez rozdęcie porażonéj. Po makowcu idą inne leki narkotyczne W drugim rzędzie zaleca się nakłócie z wessaniem jako środek bardzo racyjonalny. Środkiem tym osiągnięto we Francyi świetne rezultaty w przypadkach inkarceracyj zewnętrznych. Dieulafoy przedstawiając (1873) swój aspirator akademii paryzkiéj, przytaczał już wówczas 27 przypadków przepuklin zewnętrznych inkarcerowanych, wyleczonych po większéj części tym rękoczynem.

Co do rokowania zachodzi pytanie, czy inkarceracyja wewnętrzna jest w ogóle uleczalną? Tak jest bez wątpienia. Świadczą o tém dwa następne przypadki. Jeden z nich powołany w czasopiśmie *Centralblatt für Chir.* (r. 1880 Nr. 51, str. 832). U mężczyzny w skutek upadnięcia co rok przez lat 12 przypady inkarceracyi przez dni kilka (4—5); w ostatnim roku po trzech dniach śmierć. Sekcyja wykazuje w krezce kiszki cienkiéj dziurę z brzegami twardemi, mającą w obwodzie 12cm., w niéj 139 cm. kiszki inkarcerowanéj rozdętéj, w miejscu inkarceracyi krwią podbiegłéj; linija pętli inkarcerowanéj kolista, odprowadzenie łatwe. Drugi przypadek z mojéj praktyki przed 2 miesiącami. K., urzędnik emerytowany miał przed rokiem przypady pierwszéj inkarceracyi przez 5 dni. W roku bieżącym po rozwolnieniu przypady inkarceracyi, zrazu ostre, zwolniały następnie. Złagodnienie objawów przypisuje racyjonalnemu leczeniu ze strony kol. Dra P., który zalecił wstrzykiwanie podskórne morfinu, ciepłe kąpiele, dyjetę ścisłą i okłady wysychające. Wezwany do narady 10go dnia trwania choroby, znalazłem stan następujący: zapad, tętno prawidłowe, ciepłota prawidłowa, wzdęcie brzucha znaczne, zupełne zaparcie stolców, odbijanie, od czasu do czasu czkawka; wymioty ustały, występują tylko, skoro chory cokolwiek zje lub wypije; w pewnych odstępach skurcz robaczkowy, przyczém kiszki cienkie rysują się bardzo dokładnie przez ściany brzuszne; przelewanie głośne w kiszkach; wiatry i stolce zapierają się według podania chorego w małéj miednicy po prawéj stronie. Okolica kiszki ślepéj zdaje się sprawiać większy opór przy macaniu. Rozpoznałem: *incarceratio interna subacuta probabiliter ex intussusceptione ilei.* Leczenie: nakłucie z wessaniem. Skutku żadnego. Na drugi dzień rozcięcie ścian brzusznych (*laparotomia*) wśród mgły tymolowéj (1:1000). Z jamy brzusznéj wylewa się mierna ilość cieczy surowiczéj, kiszki bardzo wzdęte, przeszkody nie podobna znaleźć; z powodu zapadu chorego szybkie zakończenie operacyi przez utworzenie sztucznéj rzyci w kiszce rozdętéj i zespojenie rany. Po 16 godz. śmierć. Wynik sekcyi: po nad zastawką Bauhiniego w krezce jelita biodrowego dziura, przez którą można przesunąć gruby palec, w niéj pętla kiszki cienkiéj miernie rozdęta, prócz śluzu nic nie zawierająca, część pętli w zakresie dziury blada, pętla sama jakotéż kiszki powyżéj rozdęte i nastrzykane, kiszki grube próżne i zapadnięte, w cienkich powyżéj kał całkiem płynny, żółty, jaki się już przy operacyi wydobył; w około dziury w krezce dużo więzów zorganizowanych, widocznie starych, pozapalnych, otrzewnowych, zlepiających kiszki między sobą. Był to więc przypadek inkarceracyi 1go stopnia (*engouement* według Kochera), gdzie ucisk tak mierny, że nie sprawia bezpośrednio zboczeń w krążeniu jeno pośrednio. Również zastoina treści nie była w przypadku powyższym bezpośrednim wynikiem ucisku, lecz tylko pośrednim. Tu należy policzyć także i owe dwa przypadki chorobowe, o których zdawałem w swoim czasie sprawę. Z nich pierwszy opisany na posiedzeniu z d. 5go maja 1877 (p. Dwutygodnik Med. Publ. z d. 1 czerwca 1877), tyczył się kobiety Chany Fehl, u któréj inkarceracyja trwała 8 dni, i stan był już tak rozpaczliwy, że ostatni ordynaryjusze polecili mi ją do laparotomii. Ja atoli wyleczyłem chorą za pomocą nakłócia i wessania przyrządem Potaina. Ordynaryjusz kolega M., który się wówczas godził na myśl inkarceracyi wewnętrznéj, jak świadczy polecenie jego zawezwania operatora dla zrobienia laparotomii, po wyleczeniu choréj za pomocą nakłócia zawahał się w zdaniu i uznał chorobę wyleczoną za pospolitą zastoinę kałową. Zdarzenie, które najlepiéj wykazuje pesymizm kolegów w sprawie inkarceracyj wewnętrznych. Drugi przypadek z praktyki mojéj dotyczy mężczyzny z Gródka, wyleczonego niedawno również za pomocą przyrządu Potaina i lejka Hegara i opisanego następnie na posiedzeniu z d. 18 grudnia 1880 (którego protokół nie ogłoszony). I tu były wszelkie przypady inkarceracyi ostréj, nadto wywiady wskazywały, że matka chorego umarła śród takich samych okoliczności. Leki zalecane przez ordynaryjusza (ol. rącznikowy, kalomel, jalapa) okazały się nietylko bezskutecznemi, lecz nadto pogarszały stan chorego. Nakłucie zaś z wessaniem za pomocą przyrządu Potaina, następnie enemy sposobem Hegara, sprawiły doraźny skutek i chorego ocaliły.

Na zasadzie powyższych doświadczeń sądzę, że godzi się słusznie mówić o uleczności inkarceracyi wewnętrznéj pod pewnemi warunkami.

II. Kilka słów o hidroterapii suchot płucnych.

Napisał **Dr. M. Gumplowicz,**
Lekarz zakładu w Ober-Weidlingau.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

Wiadomo, jak często się to zdarza, że mianowicie u młodych osób na podstawie znanych wskazówek przypuszczamy skłonność do suchot płucnych; mimo że zmian w płucach na razie jeszcze wykazać nie można. Oczywista, że orzeczenie takie nie ma pretensyi do matematycznéj pewności. Otóż w takich to przypadkach, w których hydroterapija często bywa zalecaną, dostrzegałem nieraz rzeczywiście świetnego skutku leczenia hydryjatrycznego, w krótkim czasie okazywała się zupełna zmiana wyglądu, znaczny przybytek na siłach, przybytek na wadze nawet do kilkunastu funtów itd. Chociaż więc i w tych przypadkach twierdzićbym nie mógł, żem suchoty wyleczył, które jak dotąd nie istniały, lub żem zapobiegł rozwinięciu się suchot, któreby się może i tak nie rozwinęły, to jednakże co najmniéj śmiało twierdzić mogę, że w tych przypadkach leczenie hydryjatryczne było dla chorych korzystném. Moglibyśmy zatém ze względu na takie przypadki wyrzec ogólne zdanie, że hydroterapija jest wskazaną tam, gdzie rozpoznajemy skłonność do suchot płucnych—moglibyśmy, powiadam, gdybyśmy nie musieli na podstawie innych spostrzeżeń ścieśnić nieco to ogólne orzeczenie. Zdarzają się bowiem zupełnie do tamtych podobne przypadki, gdzie również istnienia zmian jakichkolwiek w płucach fizycznie stwierdzić nie można, a gdzie pomimo to hydroterapija nie odnosi pożądanego skutku; okazuje się w takich razach, że nie jesteśmy w stanie ująć choremu jakiéjkolwiek znaczniejszéj ilości ciepła, gdyż organizm chorego takiéj utraty nie dość szybko i nie należycie wynagradza. Możemy w takim razie jakkolwiek bądź zmieniać i stopniować rękoczyny hydryjatryczne, zawsze chory zamiast się ogrzać należycie po odbyciu odpowiedniéj procedury bezpośrednio lub nieco późniéj doznaje przykrego uczucia zimna lub dreszczu; przytém apetyt nie wzrasta w sposób pożądany a w dalszym przebiegu w budżecie dochodu i rozchodu organicznego występuje niedobór, który się podmiotowo objawia w rozmaitych dolegliwościach (osłabienie, przypady nerwowe itd.) a przedmiotowo jako ubytek na wadze. W takich warunkach lekarz rozsądny nie upiera się przy leczeniu hydryjatryczném, gdyż doświadczenie uczy, że się to w takim razie na nic nie przyda, a lekarz prawdę miłujący takich ujemnych rezultatów nie ma powodu zataić.

Podobnie się rzecz ma tam, gdzie już infiltracyję w płucach stwierdzić możemy, z tą jednak różnicą, że w takim razie rezultat pomyślny nierównie rzadziéj się wydarza a przy rozleglejszém spustoszeniu w płucach stanowi już tylko rzadki wyjątek. Zbyteczném wreszcie byłoby dodać, że bywają przypadki suchot, w których z góry łudzić się nie możemy nadzieją skuteczności jakiejkolwiek terapii.

Moglibyśmy zatém z doświadczeń o zachowaniu się i oddziaływaniu suchotników w obec hydroterapii wysnuć wniosek, że wskazanie do jéj użycia zależy przynajmniéj częściowo od stanu istniejących zmian anatomicznych; moglibyśmy daléj dodać, że skłonność d z i e d z i c z n a jest w téj mierze ważnym a niepomyślnym czynnikiem. Rzeczywiście ogółem biorąc wskazówki te mają wartość niezaprzeczalną; przyznać jednak musimy, że w danym razie te jak i liczne inne zgoła omylić nas mogą. Tak samo jak jedynie na podstawie rozpoznania fizycznego nie możemy jeszcze stanowczo rokować o dalszym przebiegu danego przypadku, gdyż przebieg ten zależy po części od właściwego zachowania się organizmu a zatém od czynnika, który żadną miarą w ścisłe ramy ująć się nie da, tak też nie zawsze jesteśmy w stanie z góry oznaczyć, czy chory zniesie lub nie zniesie hydroterapii, a w takim razie ostatecznie dopiero próba praktyczna o tém rozstrzyga.

Wspomnieć tu wszakże musimy o szczególnéj komplikacyi, która nadzwyczaj utrudnia użycie hydroterapii, mianowicie o szczególnego rodzaju drażliwości nerwowéj. Zdarza się niekiedy, że bezpośrednio po zastósowaniu środków hydryjatrycznych szybko i silnie następuje t. zw. reakcyja: tj. skóra szybko się czerwieni a chory odrazu doznaje uczucia ciepła. Mimo, że na tém chwilowém oddziaływaniu nie poprzestajemy i choremu polecamy, aby sobie za pomocą odpowiedniego ruchu wynagrodził poniesioną utratę ciepła, mimo to po niejakim czasie (1—2 godzin) skóra znów blednie, chory doznaje uczucia zimna i dreszczu a oprócz tego występują objawy nawału krwi do płuc i do mózgu. J a c c o u d w wspomnioném dziele trafnie opisuje tego rodzaju przypadki. Być może, że one się we Francyi częściéj znachodzą, mnie zdarzyło się je spostrzedz kilka razy tylko u kobiet. Mianowicie przypominam sobie dwa takie wybitne przypadki, z których jeden polecony mi był w r. 1878 przez docenta P a r e ń s k i e g o, drugi w roku zeszłym przez docentów R o l l e t a i H ü t t e n b r e n n e r a w Wiedniu. W obu tych przypadkach, wielce do siebie podobnych, istniała skłonność dziedziczna do suchot, uporczywy nieżyt oskrzelowy, czasowo napady duszności, z resztą żadnych zmian w płucach nie znajdowano. Wspomniona drażliwość nerwowa w obec bodźców termicznych istniała tu w wysokim stopniu i uczyniła niemożebném wykonanie hydroterapii; po chwilowéj bowiem silnéj lecz przemijającéj reakcyi wracało wnet uczucie zimna, wzmagała się duszność i nieżyt oskrzelowy. O ile w takim razie trzeba być ostrożnym, okazało się w drugim przypadku, gdzie dwa lata przedtém po nierozważném zastósowaniu hydroterapii bezpośrednio nastąpił, jedyny dotąd, krwotok z płuc. W tymże samym przypadku opierając się jedynie na zewnętrznéj analogii z innemi z góry zwróciłem uwagę na możliwość takiego oddziaływania choréj.—Jako dalsze wskazanie *a priori* do użycia hydroterapii w suchotach płucnych wymieniliśmy działanie przeciw gorączce trawiącéj. Nie wejdziemy tu wcale w rozbiór kwestyi, o ile w ogóle działanie przeciwgorączkowe w suchotach płucnych jest zawsze i bezwzględnie wskazaném? Bezwzględne wskazanie żywotne, jakie nam nieraz w chorobach ostrych gorączkowych przedstawia wygórowana gorączka i bezpośrednio ztąd wynikające niebezpieczeństwo, wskazanie takie w suchotach płucnych stosunkowo bardzo rzadko się znachodzi. Czy zaś w gorączce trawiącéj, gdzie nie tyle wysokość gorączki, ile długie jéj trawienie jest niepokojącém, chwilowe zniżenie ciepłoty jest rzeczywiście tak ważném, czy ono zawsze choremu więcéj korzyści przynosi niżli mu terapija w tym celu użyta szkody wyrządzić jest w stanie, jest to kwestyja sporna, którą tu omijamy. Zajmiemy się tylko pytaniem, czy rzeczywiście jesteśmy w stanie za pomocą hydroterapii zniżyć dostatecznie gorączkę trawiącą suchotników?

Przypomnijmy sobie znów na chwilę przebieg sprawy fizyjologicznéj w takim razie, w którym za pomocą środków hydryjatrycznych pożądane zniżenie wygórowanéj ciepłoty niewątpliwie osiągniętém zostało. Ujmujemy choremu pewną ilość ciepła, natychmiast fizyjologiczny mechanizm regulacyi ciepła działać poczyna przez podwyższenie produkcyi tegoż. Wykazał to niewątpliwie Liebermeister (*Handbuch der Pathologie und Therapie des Fiebers.* Leipzig 1875), który trafném porównaniem istotę rzeczy skreślając powiada, że w gorączce regulacyja ciepła równie istnieje jak w stanie normalnym, z tą tylko różnicą że „nastawioną“ jest (*eingestellt*) na wyższy stopień ciepłoty. Wprawdzie ten mechanizm regulacyjny w gorączce nie jest tak dzielnym jak w stanie prawidłowym. Nie wchodzi tu w rachubę przedewszystkiém najważniejszy czynnik produkcyi ciepła, tj. dowolnie zwiększony ruch mięśniowy, gdyż choremu gorączkującemu spokój polecamy a prawdopodobnie mięśnie w ogóle nie są ważném źródłem ciepła w gorączce [1]); daléj przez sam sposób, w jaki pewną ilość ciepła ujmujemy, możemy na to wpłynąć, aby mechanizm regulacyi, mechanizm odruchowy, nie został zbyt silnie pobudzonym. Mimo to jednak mechanizm regulacyi zawsze działa a chcąc ciepłotę w gorączce ostatecznie zniżyć, nie pozostaje nam nic innego, jak tylko przemódz ten mechanizm przez ujęcie stosunkowo bardzo wielkiéj ilości ciepła. To też tylko środki hydryjatryczne dużo ciepła ujmujące, jak np. kąpiele w wodzie o 16°—20°C. 5—10 minut trwające lub cały szereg zawijań w mokre prześcieradła (koce), mają rzeczywistą wartość przeciwgorączkową, tylko tak energicznemi środkami skutecznie zniżyć możemy ciepłotę w gorączce.

Otóż to samo, cośmy tu ogółem powiedzieli, tyczy się zarówno i gorączki trawiącéj suchotników. Musimy zatém na powyżéj postawione pytanie odpowiedzieć, że w każdym razie możemy, a raczéj moglibyśmy zniżyć skutecznie ciepłotę w gorączce trawiącéj suchotników, gdybyśmy w tym celu zastósowali wyżéj wspomniane energiczne środki hydryjatryczne. — Inaczéj jednak rzecz się nam wyda, jeżeli zchodząc z pola teoretycznego zadamy sobie dalsze dwa czysto praktyczne pytania, mianowicie: Po 1sze czy suchotnik z gorączką trawiącą jest w stanie wytrzymać takiego rodzaju energiczną terapiję? Po 2gie czy takie środki hydryjatryczne, jakich według doświadczenia suchotnik gorączkujący bez narażenia się wytrzymać może (jakich zatém jedynie w praktyce użyć nam wolno), wystarczają do skutecznego zniżenia ciepłoty?

Otóż bywają wprawdzie tacy suchotnicy, których organizm jest dość silny i stan odżywienia dość dobry, aby znieść mogli szybką a znaczną utratę ciepła; są to jednak właśnie ci chorzy, u których spostrzegamy przebieg przeważnie bezgorączkowy, gdzie zatém wcale nie ma potrzeby działać przeciwgorączkowo. U tych chorych zaś, u których napotykamy przeciągłą gorączkę trawiącą, zwykle znajdujemy zarazem tak upośledzony stan odżywienia, iż w wielu przypadkach trudno, w innych zgoła niepodobna nam pomyśléć nawet o energicznych środkach hydryjatrycznych, jeśli nie chcemy narazić chorego na wielkie niebezpieczeństwo a nawet na natychmiastowy zapad. Kto raz w życiu był świadkiem podobnych bezpośrednich skutków energicznéj hydroterapii przeciwgorączkowéj, temu zapewne nigdy przez myśl nie przejdzie zastósować ją w takich warunkach, jakie znajdujemy najczęściéj u suchotników z gorączką trawiącą. To też nawet ci autorowie, którzy wiele w tym względzie piszą, nie wspominają tu np. o kąpielach zimnych. Redukuje się zatém kwestyja cała do tego, czy możemy zniżyć skutecznie gorączkę trawiącą za pomocą takich środków hydryjatrycznych, jakich suchotnicy znieść mogą, np. za pomocą natarcia w mokrém prześcieradle, krótkiego natrysku, lub nawet tylko zmywania ciała? Według mego osobistego doświadczenia i przekonania jest to rzeczą wprost niemożebną. Uważałem nieraz, że po takich aplikacyjach wody ciepłota odbytnicy chwilowo nieco się wzmaga (o 0·1—0·2), że następnie (w pół godziny lub godzinę) nieco się zniża, że daléj znowu wraca do stopnia mniéj więcéj przebiegowi gorączki odpowiadającemu. Nigdy jednak jakiegokolwiek znacznego wpływu takich środków na gorączkę trawiącą nie dostrzegłem. Chętnie przyznam, że doświadczenia moje własne w téj mierze nie są dość liczne, abym wyłącznie na nich się opierając mógł stanowczo zaprzeczyć wszelkim przeciwnym orzeczeniom, zwłaszcza że jedno twierdzenie dodatnie, a wiarogodne, więcéj zaważy niż sto wyników ujemnych. Jeśli jednak zważę, że o ile mi dotycząca literatura była przystępną i jest znaną i o ile w przeciągu lat kilkunastu z ustnych relacyj doświadczonych kolegów dowiedzieć się mogłem, nigdy nie natrafiłem na tego rodzaju twierdzenie z niewątpliwego źródła pochodzące, wtedy zdaje mi się, że z niejakiém prawem wyrzec to mogę, iż najnowsze odnośne publikacyje sądu mojego w téj mierze w niczém zmienić nie były w stanie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Leczenie przeciwgorączkowe.

Sprawozdanie z dyskusyi na Zjeździe niem. dla medycyny wewnętrznéj.

Podał Dr. Pisek.

„Actu frigida, corpori aestuanti febricitantium adhibita, pro momento quidem refrigerant, adauctis vero, aut revocatis minorum vasorum spasmis incendiunt serius graviorem calorem;.... unde intelligi potest, quam anceps remedium in calore febrili sint lotiones ac rigationes frigidae, aut balnea frigida.

Hildebrand-Institutiones T. I. ed. alt. pag. 154. Pyrethologia.

Bardziéj rażącą różnicę w zapatrywaniach naszych a dawniejszych trudno może napotkać. Co dawniéj było szkodliwém i prawie wręcz zabronioném, staje się dziś w ręku lekarza świadomego swych zadań środkiem ratującym tysiące chorych od zgubnéj śmierci. Dla Hildebranda były kąpiele zimne niestósowne w gorączce, dla któréj Liebermeister i cała nowoczesna prawie medycyna uważa je za fundamentalny środek, którego skuteczność cyfry stwierdzają. W obec tego nie dziw, że przedstawiciele tego kierunku chcą i najmniejszą niepewność lub wątpliwość, jakaby wśród ogółu lekarskiego istniała, usunąć, zwłaszcza że przesądy tysiącoletnie przechodzące z generacyi na generacyję wytwarzają opozycyję, z którą lekarz liczyć się musi. Jaki poczet chorych ginął i ginie skutkiem wygórowanéj ciepłoty ciała, na to odpowiadają daty statystyczne. Codzienne doświadczenie przy chorym i na stole sekcyjnym dobitnie nam wykazują, co znaczy i czém jest dla poszczególnych narządów ustroju gorączka. Potrzeba uśmierzenia jéj przypomina się nieraz w tak groźnéj postaci, że działanie przeciwgorą-

[1]) Wynika to z najnowszych badań prof. Alberta o ciepłocie miejscowéj krwi w organizmie gorączkującym. Wykład o tém miany w Tow. lek. w Wiedniu d. 24 marca rb.

czkowe uważamy za pierwsze, często i wyłączne, lecznicze wskazanie.

Leczenie przeciwgorączkowe obejmuje właśnie te wszystkie sposoby, jakich używamy celem uśmierzenia wygórowanéj nieprawidłowo ciepłoty. Bezpośrednie oziębianie ciała odgrywa tu pierwszą rolę, dopiero w drugim rzędzie stoją leki i przepisy dyjetetyczne.

Dawniejsi lekarze często próbowali zmywań zimnych w chorobach, którym towarzyszyła gorączka. Anglik James Currie przy końcu zeszłego stulecia dla zimnych zlewań, systematycznie przedsiębranych, postawił nawet szereg wskazań. Było to jednak chwilowo, a poglądy jego nie zdołały się utrzymać. Dopiero z początkiem drugiéj połowy naszego stulecia pierwszy Brand w Szczecinie na nowo podjąwszy zapomniane i „przestarzałe“ Curriego myśli wprowadził w durze umiejętne leczenie zimną wodą (*Hydrotherapie des Typhus* 1861). Ścisłe jego obserwacyje i pomyślne wyniki zachęciły innych, i dały przez to podstawę do znanych prac Bartelsa a szczególniéj Jürgensena (*klinische Studien über die Behandlung des Abdominaltyphus mittelst des kalten Wassers.* Leipzig 1866), którą to ostatnią dla kwestyi przerzeczonéj nazwać można pomnikową. Liebermeister, Hagenbach, Ziemssen, Zimmermann i Leichtenstern przyczynili się swemi pracami do tego, że dziś wymieniony sposób leczenia stanowi integralną część, niezbędną i nader zbawienną naszego zasobu środków leczniczych. Dyskusyja nad leczeniem przeciwgorączkowém w łonie klinicystów niemieckich była też, odpowiednio doniosłości omawianych kwestyj, niezwykle ożywioną.

Liebermeister wspólnie z Riessem podjęli się referatu, którego zasady w następujących punktach określili:

1) Wzniesienie się ciepłoty ciała w wielu przypadkach chorób gorączkowych jest groźném dla chorego.

2) Zwalczać w takich razach wygórowaną ciepłotę stósownemi środkami jest powinnością lekarza.

3) Bezpośrednie odejmowanie (ciału) ciepła kąpielami chłodzącemi należy uważać jako podstawę leczenia przeciwgorączkowego.

4) W niektórych przypadkach stósownêm jest również użycie leków przeciwgorączkowych, jak chininu, kw. salicylowego itp.

Zdaniem L. przyjęcie i umotywowanie tych zasad wpłynie stanowczo i na tych lekarzy, którzy dotąd nieprzychylnie patrzeli na ten sposób leczenia gorączki, który równie należy ogólnie przyjąć jak chirurgiczną *Antisepsis*. *Antipyresis* więcéj zdoła uratować ludzi niż *Antisepsis*, gorączkujących bowiem chorych jest więcéj niż chirurgicznych.

Riess upatruje w niekorzystnych wynikach przyczynę, dlaczego dotąd leczenie to przeciwgorączkowe Liebermeistera ogólnie przyjętem nie zostało. Niekorzystne wyniki téj metody dały pochop nowy do niektórych modyfikacyj, różniących się poniekąd od pierwotnego sposobu dość wybitnie, jakkolwiek przyjmujemy zasady ogólne „*antipyresis.*“ Ponieważ wzniesienie się ciepłoty ciała nie zawsze odpowiada cięższemu schorzeniu, sądzi R., że nie należy ściśle rozróżniać niebezpiecznego wzniesienia się ciepłoty od obojętnego. Ztąd wskazówka praktyczna, aby ciepłotę o ile można stale i znacznie obniżać. Riess doszedł do tego pożądanego wyniku przy pomocy leku przeciwgorączkowego wewnętrznie podawanego (*Natr. salycil* wyłącznie lub wraz z kąpielami) albo też przez ustawiczne powolne oziębianie powierzchni ciała.

Na 1273 przypadków duru, 327 przypadków zapaleń płuc itd. wykazuje dobitnie korzyści z tego sposobu leczenia. Na szczególniejszą uwagę zasługuje okoliczność, że czas trwania wzmiankowanych chorób był znacznie krótszy.

Trwanie gorączki durowéj w przecięciu wynosi 15·9 dni, w zapaleniu płuc otrzymał 6 dni jako przeciętną liczbę dni. Niekorzystny wynik śmiertelności (20·9% w durze, 25% w zapaleniu płuc) przypisuje R. okoliczności, że niestosunkowo znaczna ilość przypadków ciężkich i zaniedbanych do szpitala się zgłasza. Przyznaje wszelako, że salicyl nie działa w równym stopniu na inne objawy gorączki np. mózgowe, jak na ciepłotę.

Od lat dwóch używa R. ciągłych 25° stopniowych kąpieli. Z chwilą, w któréj ciepłota w odbytnicy wynosi 37·5 chorych wydala z kąpieli, ciepłota zaś 38·5 jest wskazówką, aby chorych napowrót dać do kąpieli. Tym sposobem jest rzeczą zazwyczaj łatwą wśród przebiegu duru lub zapalenia płuc utrzymać ciepłotę prawie stale w granicach prawidłowych. W durze sposób ten zaleca się szczególniéj tém, że przypady mózgowe szybko ustępują, jak w ogóle i przebieg jest łagodniejszym i krótszym, co datami niewątpliwemi wykazuje.

Jeszcze w jednym punkcie zasługuje przemówienie Riessa na baczną uwagę lekarzy, ostrzega on kolegów: aby żaden nie ważył się, opierając się na odkryciach nowoczesnych o grzybkowéj przyrodzie chorób zakaźnych, zaniedbywać leczenia przeciwgorączkowego. Próby tego rodzaju mogłyby mieć fatalne następstwa.

(Dokończenie nastąpi.)

Prof. Gunning (Amsterdam): **Czy w powietrzu wydechowém znajdują się grzybki?**

Na Zjeździe przyrodników, który się odbył r. 1879 w Amsterdamie, zwrócił prof. Becker uwagę okulistów na niebezpieczeństwo zakażenia oczu podczas operacyi przez powietrze wydechowe, w którém się znajdują ustroje drobnowidowe (*Microorganismen*). Na dowód swojego twierdzenia przytoczył, iż znał operatora okulistę, który pomimo prawidłowego przebiegu operacyi, tracił znaczną ilość ócz skutkiem zakażenia i sądził że w tym przypadku były przyczyną zakażenia grzybki, które się znajdowały w powietrzu wydechowém, za czém także ta okoliczność przemawiała, że wydech miał woń nieprzyjemną. Z tego wynika, iż zdaniem Beckera w powietrzu wydechowém w ogóle grzybki znajdować się mogą i że woń nieprzyjemna wydechu jest niejako wskazówką, świadczącą o obecności tychże. Zapatrywanie Beckera podzielają w ogóle lekarze, a to tém bardziéj, że jak wiadomo w ustach, na dziąsłach, migdałach, w spróchniałych zębach napotykamy wielką ilość grzybków, o których już Leewenhoek wspomina, a które w nowszych czasach były przedmiotem bardzo ścisłych badań naukowych (Klebs, Wernich i Rappin).

Przeciwko zapatrywaniom Beckera przemawiają badania Nägelego (1877), który wykazał, że ciała stałe, a takiemi są grzybki, przy parowaniu nie dostają się z cieczy do powietrza a to nawet i wtenczas, jeżeli ponad powierzchnią wilgotną z pewną nawet szybkością przechodzi prąd powietrza, o którymby sądzić można, że drobiny stałe z sobą porywa. Ponieważ zaś błony śluzowe są wilgotne, więc powietrze wydechowe grzybków z sobą unosić nie może. Tak rozumował Nägeli, doświadczeniem jednakże dotąd tego nie poparł.

Przeprowadził to prof. Gunning w laboratoryjum higijeniczném w Amsterdamie przy współudziale prof. Forstera. Powietrze wydechowe wprowadzono za pomocą przyrządu, którego rysunek znajdzie czytelnik w oryginale, do naczyń szczelnie zamkniętych, w których się znajdowały ciecze ulegające łatwo gniciu, jak odwar drożdży, pepton Sandersa z dodatkiem ekstraktu Liebiga, zobojętniony mocz itp. Ciecze pod wpływem powietrza wydechowego gniciu nie ulegały, gniły zaś pod wpływem wysuszonych grzybków powietrznych. Takim więc sposobem autor udowodnił, iż w powietrzu wydechowém nie ma ustrojów, któreby gnicie sprowadzały, a równocześnie, że cuchnący wydech nie wskazuje, że powietrze wydechowe mieści w sobie przyrzuty stałe. Woń bowiem nieprzyjemna może powstać tylko skutkiem gnicia; gnić zaś mogą tylko płyny albo ciała wilgotne, które właśnie dla tego, że są wilgotne, ustrojów gnicie sprowadzających powietrzu nie udzielają. (*Zehenders klin. Monatsbl. f. A.* styczeń, 1882). *Dr. Machek.*

Wiadomości pomniejsze.

(P....i) **Pikrotoksyn** zaleca Dr. Henry z Pensylwanii przeciw potom nocnym suchotników zażywać przed spaniem po jednéj pigułce zawierającéj po 0.0007. W przypadkach uporczywych można zażyć w ciągu dwudziestu czterech godzin dwie lub trzy pigułki. Środek ten uważa za skuteczniejszy niż kwasy mineralne, sporysz i atropin, lecz tylko w suchotach.

Dr. Marrell używa tego środka z podobnym skutkiem, w ilości jednéj trzeciéj części miligrama do jednego miligrama, trzy do czterech razy w dwudziestu czterech godzinach. (*Journal de thérapeutique*, 10 maja, 1882).

(P....i) **Rzadki znak przysłuchowy tętniaka aorty.** Bradley spostrzegał w sześciu przypadkach tętniaka aorty, że jeżeli się trzyma ucho blizko ust chorego, robiącego długi wydech, słyszy się wyraźnie szmer (puff) równoczesny z każdym skurczem serca. (*Revue de médecine*, 10 maja, 1882).

(K.) **Doświadczanie nad oznaczaniem mocznika za pomocą podbromianu sodowego** robione przez F. A. Falcka wykazały, że im się użyje tęższego ługu bromowego, tém błąd popełniany tą metodą, a wykazujący mniejszą ilość azotu od teoretycznie obliczonéj, jest mniejszym. Falck poleca ług bromowy przyrządzony przez zmięszanie 45 cm. sz. bromu z 400 sz. cm. ługu o c. g. 1,282 (200 g. NaOH w 500 cm. sz. H_2O) i dopełnienie płynu po oziębieniu do 1000 cm. sz. Ług w ten sposób przyrządzony dawał przeciętnie z 10 doświadczeń dokonanych z 2% rozczynem mocznika 36,844 cm. sz. azotu przy 0° i 760mm. ciśnienia barometrycznego, zamiast 37,14 cm. sz. teoretycznie obliczonych, a zatem 99,20%. Falck nie zaleca metody oznaczania mocznika podbromianem sodowym do moczu, bo się przekonał, że i inne składniki moczu wywiązują azot w zetknięciu z ługiem bromowym. I tak np. kwas moczowy dawał 47,78%, kreatynina 37,43% z całéj ilości azotu. (*Pflügers Archiv f. d. ges. Physiologie 26*, 391).

(K.) **Ilościowe oznaczanie prochu i kurzu w pracowniach** uskuteczniał W. Hesse w sposób następujący. Powietrze w przestrzeni badanéj przepędza się za pomocą aspiratora przez rurkę szklaną, wypełnioną watą. Pomiędzy aspirator a rurkę daje się zegar gazowy. Przed i po doświadczeniu waży się rurkę wysuszoną dokładnie nad kwasem siarkowym zgęszczonym. Różnica między ciężarem rurki przed a po doświadczeniu odpowiada ilości kurzu, znajdującego się w powietrzu, które przeszło przez przyrząd, a ilość którego oznaczono za pomocą zegaru gazowego. Jedno doświadczenie musi trwać stosownie do ilości kurzu, znajdującego się w powietrzu, od 3 godzin do kilku dni. Autor twierdzi na podstawie swoich badań, że nie ilość bezwzględna kurzu, lecz jego jakość przedewszystkiém, a następnie inne stosunki (głębokość lub powierzchowność oddechania, długość czasu spędzona w przestrzeni kurzem napełnionéj itd.) wchodzą w rachubę przy badaniu powietrza kurzem napełnionego pod względem szkodliwości dla zdrowia. (*Ztschft f. anal. Chem.*, 1882, Z. 2.)

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.
Sekcyja lwowska.

Posiedzenie z dn. 12 marca 1881.

Przewodniczący Dr. Czyżewicz. Członków obecnych 34.

1) Posiedzenie z poprzedniego posiedzenia odczytano i zatwierdzono.

2) Przewodniczący oznajmia, że Łopuszna, zakład wodoleczniczy na Bukowinie, jest do wydzierżawienia i podaje szczegóły dzierżawy.

3) Sekretarz czyta pismo Tow. Technicznego we Lwowie, zapraszające do udziału w ankiecie, mającéj opracować w formie memoryjału do Sejmu galicyjskiego plan reformy szkół średnich. Wezwanie wylicza 7 innych instytucyj i stowarzyszeń, które równocześnie zaproszonemi zostały.

W rozprawie nad przedmiotem powyższym zabierali głos koll. Biesiadecki. Merczyński i Pawlikowski. Na wniosek pierwszego uchwalono nie brać udziału w ankiecie zamierzonéj, natomiast oświadczyć Towarzystwu technicznemu gotowość poczynienia uwag sanitarnych nad memoryjałem, jeśli ta kowy przyjdzie do skutku i będzie przedłożonym sekcyi.

4. Dr. Szeparowicz miał w dalszym ciągu (p. prot. z d. 29 stycznia 1881) wykład o inkarceracyjach wewnętrznych. (Ogłoszony osobno w Przeglądzie Lek. w Nrze niniejszym i przeszłym).

W rozprawie zabiera głos Dr. Mahl, wyznając, że i dziś jeszcze wątpi, aby u Chany Fehlowéj, przytoczonéj przez prelegenta, w czasie nakłócia była rzeczywiście inkarceracyja wewnętrzna. Późniéj bowiem powtórzył się u niéj jeszcze raz podobny stan, ustąpił atoli bez wszelkiego rękoczynu. Dr. Pawlikowski zaznacza, że przy sekcyi chorego K., na którego się prelegent powołuje, pętla kiszkowa wypadła przez dziurę okazała się skręconą. Dr. Biesiadecki mniema, że na doświadczeniach fizycznych nie można opierać sądu o mechanizmie inkarceracyj, wcale innemi bowiem są warunki w kiszce martwéj a w ustroju żywym; przypomina doświadczenia Cohnheima z podwiązaniem naczyń kiszkowych, i kładzie nacisk na porażenie pętli kiszkowéj, które w sprawie inkarceracyi główną zdaniem mowcy odgrywa rolę. Prelegent w odpowiedzi kol. Mahlowi oświadcza, że jak stwierdzają inne, cytowane przez siebie, przypadki, nawrót późniejszy objawów inkarceracyi wewnętrznéj nie wyklucza wcale rozpoznania powyższego w chorobie poprzedniéj. Kol. Pawlikowskiemu nie chce zaprzeczać, że w pętli wypadłéj był także skręt, acz sobie go nie przypomina. W takim razie były albo dwie przyczyny inkarceracyi, albo ta jedna, o któréj wspomina kol. P. Okoliczność powyższa atoli nie uwłacza w niczém doniosłości dowodowéj przypadku. Kol. Biesiadeckiemu przyznaje w całéj rozciągłości, że porażenie jest ważnym czynnikiem w inkarceracyi. Okoliczności téj mowca nie uwydatniał, ponieważ ona mieści się w ogólniejszém wyrażeniu: rozdęcie. Kocher udowodnił w osobnéj grupie doświadczeń, wykonanych na królikach żywych, że skutkiem rozdęcia powstaje osłabienie a ewentualnie porażenie kurczliwości kiszek, które w miarę trwania rozdęcia jest albo przemijającém albo trwałém; następnie powstają zboczenia w krążeniu, jak to Kocher widział na królikach w niektórych przypadkach, gdzie te zboczenia posunęły się aż do zgorzeliny skutkiem rozdęcia, nie zaś bezpośrednio skutkiem ucisku pierścienia. Mowca wspominał o tém kilkakrotnie w toku wykładu, wyszczególniając, że Kocher wy-

wływał skutki przerzeczone przez podanie królikom świeżéj koniczyny. Okoliczność więc wytoczona przez Dra Biesiadeckiego mieści się w téj, na którą mowca kładł nacisk, to jest porażenie kurczliwości w rozdęciu kiszek jako skutek w przyczynie. Dlatego prelegent może się zgodzić na wyrażenie Dra Biesiadeckiego jako bardziéj szczegółowe, nie czyniąc tém ujmy swemu wykładowi. Sekretarz *Dr. Jana.*

Posiedzenie z d. 26 marca 1882.
Przewodniczący Dr. Czyżewicz. Obecnych członków 26 i gość 1.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia

2) Sekretarz ogłasza odezwę magistratu lwowskiego, w któréj tenże podaje do wiadomości osób interesowanych konkurs na posadę lekarza w Uścieszku koło Tłustego z roczną płacą 200 złr., mieszkaniem i opałem. Uchwalono konkurs ogłosić w organie Towarzystwa.

3) Gospodarz sekcyi M. Madejski składa rachunki z balu wydanego w ubiegłym karnawale na rzecz funduszu wdów i sierót po członkach towarzystwa i prosi o absolutoryjum, co zgromadzenie uchwala, zbadawszy wprzód wykazy za pośrednictwem kol. Jasińskiego i Kilarskiego.

Imieniem komitetu balowego występuje jeszcze Dr. Merunowicz z propozycyją, aby gotówkę pozostałą z dochodów balu po zakupnie 2 listów zastawnych po 1000 złr. rozporządzić jak następuje: 60 złr. przeznaczyć na opędzenie kosztów, wynikłych z darowizny Morszyna na rzecz Towarzystwa, resztę zaś obrócić na wsparcia dla wdów i sierót po lekarzach, którzy nie byli członkami Towarzystwa. Po rozprawie, w któréj zabierali głos koll. Kilarski, Pawlikowski i Szeparowicz. uchwalono przystać na wnioski komitetu balowego, a do ich wykonania upoważnić Radę Zawiadowczą Towarzystwa.

4. W sprawie nadużyć krzywdzących stan lekarski zabiera głos Dr. Pawlikowski, i zwraca uwagę zgromadzonych na faktorów, którzy oczywiście nie bez wiedzy osób interesowanych trudnią się wyłapywaniem na ich rzecz chorych, czynią to zaś w tak bezwzględny sposób, że pacyjentów niemal z pod drzwi niewtajemniczonych lekarzy odciągają. Mowca wnosi, aby się zająć położeniem tamy nadużyciu. Dr. Szeparowicz i Dr. Kilarski wytaczają inne nadużycie: nieuprawnione używanie tytułów lekarskich, i żądają aby władze kompetentne temu zapobiegły. Po rozprawie, w któréj zabierali głos kol. Lachowicz, Lisowski, Łopacki, Ziembicki jun., uchwalono wybrać komisyję z kolegów Jasińskiego, Kilarskiego i Pawlikowskiego, która ma sprawy poruczone rozstrząsnąć i poczynić odpowiednie wnioski.

Sekretarz *Dr. Jana.*

V. Lekarze i leczenie w Turcyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski
w Kutahii w Anatolii.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 21).

Wsłuchując się w podobne baśnie, i nie mogąc wybić sobie z głowy tego dość oryginalnego zdarzenia, zbliżałem się tymczasem ku dziewicy miast syryjskich, pięknemu i bogatemu Alepo, gdzie konieczność zatrzymania się przez dni kilka pozwoliła mi zadowolić moją ciekawość i dowiedzieć się, jakiemi to środkami domorośli lekarze w Turcyi leczą przypadki podobne widzianemu. A w istocie ciekawa to bardzo procedura. Pozostawiając już na uboczu wszystkie rodzaje nakadzań propagowanych przez duchownych, najrozmaitsze okłady, raz z oliwy tylko lub też znowu z rozmiażdżonych jaszczurek, mrowiska, mięsa wielbłądziego, lub kości zebranych koniecznie na starych cmentarzyskach, leczenie uważane tu za odpowiednie, zależy głównie na upajaniu chorego naparami ziół rozmaitych. Z liczby tych ostatnich żadne nie odgrywa roli środka skutecznie działającego, a tylko podaje się stósownie do humoru radzącego. Ztąd więc gdy stan wodnéj puchliny jest jeszcze nieznacznym, zastosowuje się napar z liści „Boluta lanata,“ z korzeni „Equisetum,“ z szypułek i kwiatów „Gratiola pratensis.“ W razie następowego powiększenia się płynu w jamie brzusznéj, zwykło się uciekać do dręczenia chorego proszkiem z korzeni „Cynanchum vincetoxicum.“ Gdy to nie pomaga, sok z „Chelidonium majus,“ napar ze świeżych liści tytoniu lub konopi indyjskich jest ostatnią pomocą, jakiéj dostarcza bujna imaginacyja niestrudzonych tutejszych doradców! Rzecz prosta, że wszystkie te środki pozostają bez wpływu na przebieg choroby i cierpiący ginie zwykle w skutek braku pomocy racyjonalnéj i odpowiedniéj.

Jeżeli jednak lud prosty i ciemny ślepo wierzy w zdolności swych znachorów i czyn dokonany przez zręcznego lekarza uważa za zrządzenie Opatrzności, to jakżeż nieporównanie dziwnym wyda się fakt, gdy lekarz cudzoziemiec spotkawszy się z kolegami wyszłymi ze szkoły stambulskiéj zauważy w ich usposobieniu nieprzełamany wstręt ku wszelkiéj idei postępowéj w racyjonalném leczeniu! Tutaj jednak brak praktycznego wykształcenia i owe tyle sławne lenistwo wschodnie wszystko tłumaczy. — Zwracając się jeszcze do stanu wodnéj opuchliny czy to idyjopatycznéj czy przypadowéj, z jakiemi to trudnościami musieliśmy nieraz walczyć nawet w szpitalach wojskowych, gdy chodziło o użycie pomocy trójgrańca! Szef bowiem, zwykle Turek zacofany w swych pojęciach, przekonany że nagromadzenie się płynu w jamie brzusznéj powtórzyć się musi pomimo zastósowania pomocy chirurgicznéj, wołał stracić chorego, aniżeli pozwolić na sprawienie mu choćby tylko chwilowéj ulgi!

Tutaj więc nasuwa się pytanie, dlaczego wykształcony lekarz cudzoziemiec osiedlony w kraju, cieszący się dobrą opiniją, posiadający żonę i noszący brodę, ponieważ wszystkie te warunki są niezbędne na Wschodzie, dlaczego powiadam taki lekarz nie jest lepiéj uważanym i lepiéj cenionym od miejscowych szarlatanów? Jest to pytanie, które często zadawałem sobie samemu, nie mogąc go rozwiązać aż do chwili, gdy rozmaite okoliczności i przykłady z dłuższéj praktyki nie wytłumaczyły mi jéj istoty. Osobiście zaś znajdowałem się w wielkim kłopocie nabywszy przekonania, że prócz wiadomości fachowych było mi niezbędnie potrzebném wystudyjować sztukę magika i umieć zgadywać rzeczy nie widząc ich i nie dotykając. Słowem potrzeba mi było nauczyć się rozpoznawać choroby nie znając ich przypadów. Ileż to razy przybywali do mnie indywidua twierdzące, że są cierpiącemi i pragnącemi wiedzieć przedewszystkiem nazwę i przyczynę powstania swych stanów chorobowych; uskarżające się słowami Jeremijasza, lecz podające tylko ramię, aby zbadać tętno i otwierające usta, gdy im się oświadczyło, że stan tętna nie wystarcza do rozpoznania złego. Mniejsza jednak o to: o ich stanie chorobowym wypadało koniecznie zadecydować. Jeżeli zaś zapytywałem o siedlisko ich cierpienia, a rodzaje przyjętych pokarmów, dreszcze, bóle i t. p., mogłem być pewnym, że natychmiast zostanę potępiony i uważany nie za sumiennego lekarza, a tylko za „Bosz-Fekima“, czyli szarlatana, wyższego jednak od miejscowych. Zrozumiawszy więc co mi grozi, przekonałem się, że wypadało koniecznie uciec się do zręcznych wybiegów, dla uniknięcia przykrych zawsze kłopotów. I w istocie to mi pozwoliło zrobić pewne postępy w smutnéj tego rodzaju praktyce. Tak że z czasem, dzięki środkom i sposobom zaczerpniętym ze skarbnicy wiedzy doskonalszych krajowych

znawców w leczeniu, zyskałem sobie nazwę prawdziwego lekarza, postępującego z taktem, bo poznającego chorobę bez rzucenia nawet okiem na cierpiącego. Do zdobycia zaś sobie podobnéj sympatyi nie wiele było do zrobienia. Wypadało tylko naprzód rozpytać się służącego z domu, do którego byłem wezwany, o stanie chorego, narzekaniach, przyjętych pokarmach, mniéj więcéj każdego uderzających chorobowych przypadach. I wtedy z zasobem takich już wiadomości mogłem się śmiało zbliżyć do potrzebującego méj pomocy. A wiedząc jeszcze i o tém, że podług wschodnich zwyczajów służącemu mężczyznie nie wolno przenikać do pokoju chorego, byłem pewny, że się nie zdradzę, zgadując to wszystko, co poprzedziło i zaszło w ciągu cierpienia. Tak postępując zyskiwałem zaufanie, mogłem podług zasad nauki badać, rozpoznawać i przepisywać odpowiednie leczenie, którego wykonania byłem prawie pewnym. To co do mężczyzn. W innych znowu razach ma się do leczenia kobiety cierpiące na maciennictwo, blednicę, niedokrewność, które to stany chorobowe można wprawdzie rozpoznać uwzględniając wyraz ich twarzy, oczu i w ogóle zewnętrzne wejrzenie.

Wreszcie znając ich sposób życia, zwyczaje i stosunki zdrowotne, można prawie zawsze zacytować im szereg pojawów, na które największa ich liczba zwykła się uskarżać. Głównie zaś, gdy rozpoznamy niełady zaszłe w sprawie czynności organów płciowych, spostrzeżemy zaraz zadowolenie ożywiające twarz kobiety, a wtedy i nasza reputacyja staje się faktem pewnym, pomimo że innych zapytań jeszcze nie zrobiliśmy, ani też nie mieliśmy czasu do przepisania odpowiedniego leku. Z tego więc powodu związek nauki ze zręcznym wybiegiem jest w Turcyi podstawą téj tak poważnéj magii, bez któréj lekarzowi najgruntowniéj wykształconemu i najsumienniejszemu z wielką trudnością uda się uzyskać należyte uznanie. Można wprawdzie liczyć na traf powodzenia; lecz zawsze potrzeba zrobienia ustępstw ze swych zasad jest rzeczą nieuniknioną w obec miejscowych przesądów.

To jednak nie wszystko. Spotyka się przykłady jeszcze smutniejsze, będące prostém następstwem ciemnoty ludu, narażonego na ponoszenie ofiar najniesprawiedliwszych i nieodżałowanych. Jak wszędzie zresztą złamania, zwichnienia, rany najrozmaitszego rodzaju są bardzo zwykłe, jeżeli już nie częstsze na Wschodzie niż gdzieindziéj. W podobnych jednak przypadkach milczy chirurgija; władza i skuteczność noża nigdy nie zapanowała na Wschodzie! Małe lecz twarde drewienka i najpospolitsza opaska zastępować tu zwykły rękoczyny chirurgiczne. Często więc spotykamy tu słynnych nastawiaczy złamań, którzy mają wyłączny sposób zastosowywania swych cudownych przyrządów, bez uwzględnienia różnicy w złamaniu lub jakości towarzyszących mu ran. Ci to więc renomowani i nieomylni mistrzowie, zwani „K r y k c z y“, mają przyrządy składające się z pewnéj liczby małych kawałków drzewa, długich na 20—30cm. a szerokich najwięcéj na 3—4, które jeden obok drugiego nakładają się na okolicę złamania i okręcają się ściśle grubą wełnianą opaską. Jeżeli jednak złamanie zostało naprzód opatrzone przez lekarza, i gdy późniéj dopiero zwrócono się do nastawiacza ludowego, to ten ostatni nigdy nie pochwali postępowania choćby najodpowiedniejszego, a tylko odrzuci go natychmiast, wymęczy chorego ustawianiem jak powiada odszczepów kostnych i wysmarowawszy całą cierpiącą okolicę łojem kozim, nałoży swoje drewienka. (C. d. n.)

VI. Zjazd II Lekarzy i Przyrodników czeskich w Pradze.

I.

Przystępując do sprawozdania z II Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich, w tych dniach odbytego w Pradze, pozwalam sobie poprzedzić je kilku uwagami nad zadaniem Zjazdów lekarskich w ogóle.

Cel ściśle naukowy pozostanie zawsze głównym, najważniejszym czynnikiem Zjazdów, czy to podnosząc poziom lekarskiego wykształcenia przez odczyty, demonstracyje, rozprawy, wystawę itd., lub też przez porównanie urządzeń sanitarnych u różnych narodów i skorzystanie z poczynionych już prób i doświadczeń. Lecz obok wyżéj wymienionych korzyści, które jako lekarz odnosi członek Zjazdu, są jeszcze inne, które poza ścisłym zakresem medycyny niemniéj są lekarzowi niezbędne: specyjalizm ścieśnia pole widzenia umiejętnego, specyjalista gdyby nie posiadał szerszéj podstawy wiedzy, dobrowolnie zstąpiłby z kapłańskiego ołtarza sztuki, zamieniając go na warsztat rzemieślnika.

Téj duchowéj potrzebie szerszéj wiedzy lekarze czynią zadość, wprowadziwszy do stałych programów Zjazdu badanie i zwiedzanie zbiorów, muzeów, gabinetów, biblijotek, zakładów naukowych, towarzystw, zabytków starożytności itd. pod kierunkiem osób wysoko wykształconych, gruntownie do tego zadania przygotowanych.

Nie potrzebuję długo dowodzić czytelnikom Przeglądu, że w żadnym zawodzie praca nie jest tak ciężką, jak w lekarskim, i że żadna praca nie zużywa tak sił, jak praktyka lekarska. Wymowniéj niżeli me słowa stwierdza to statystyka długowieczności, w któréj zajmujemy pierwsze miejsce między najkrócéj żyjącymi; nie istnieje w organizmie żyjącym żadna siła, któraby się nie wyczerpywała i zdaje się praca lekarza, nie uwzględniająca ani nocy, ani święta, nie znająca wakacyj, przyczynia się najwięcéj do powyższego wyniku statystyki. Istniejeż dla wykształconego człowieka właściwszy wypoczynek umysłowy nad te zgromadzenia się na wspólne uczty, wycieczki, gdzie ciepło serdeczne, swobodny dowcip, wesołość, każą mu zapomnieć o rzeczywistości? czy może być odpowiedniejszy sposób złagodzenia pognębiających wrażeń, związanych z zawodem lekarskim, kiedy oko jego spotka nie łoże boleści, lecz uroczą, malowniczą naturę, ucho usłyszy nie jęki boleści, lecz szum lasów, strumieni?

Praktyczna doniosłość Zjazdów lekarskich daje się sformułować w następujących słowach: podnoszą one poziom wykształcenia lekarskiego i nielekarskiego u szerszego ogółu lekarzy, oraz są najodpowiedniejszym i najgodniejszym ludzi wykształconych wypoczynkiem. Odkładając do następnych numerów Przeglądu sprawozdanie z czynności naukowych Zjazdu czeskiego, które zresztą wymaga głębszego opracowania, stosownie do ilości i naukowéj wartości materyjału, dziś zamierzam skreślić dzieje Zjazdu poza posiedzeniami sekcyjnemi.

Było do przewidzenia, że udział lekarzy i przyrodników polskich w II Zjeździe czeskim będzie znaczny, a spieszymy dodać, że zasługa tego licznego przybycia Polaków do Pragi należy się po większéj części cnotom i zaletom gospodarzy, samym Czechom. Spotykając na tablicach dziejów tyle wyrytych imion czeskich, wielkich reformatorów nauki lekarskiéj, pomni na wielowiekową sławę wszechnicy Karola Ferdynanda, polscy lekarze wiedzieli dobrze, że w Pradze wiele

można się nauczyć. Lecz i za obrębem sprawy nauki lekarskiéj głębsze poznanie Czechów, wejrzenie w treść ich żywota, stanowią duchową potrzebę Polaków, chociażby ze względu na podobieństwo losów obu narodów. Dzieje Czechów z ostatnich kilku dziesiątków lat stanowią zjawisko tak osobliwe, tak pouczające, tak godne przyswojenia, że tylko ich podziwiać, a jeszcze więcéj naśladować należy; przyswoili oni sobie metodę téj cichéj mrówczéj pracy, któréj zawdzięczają takie bogactwa zbiorów naukowych; dziś Praga może iść o lepsze z stolicami wielkich i bogatych mocarstw; téj cichéj pracy, temu spokojowi umysłu, który cechuje dojrzałość polityczną zawdzięczają Czesi, że wyszli z pod niemiłosiernych razów dziejowego tarana zahartowani, jednolici, a silni nadprzyrodzoną siłą Dawidowéj procy kroczą z zwycięztwa do zwycięztwa. Obok zalet umysłowych Czesi posiadają talizman w swém szczerém, ciepłém sercu, któremu się nie zdola oprzeć uczuciowa natura Polaka; doznaliśmy wszyscy rozkosznego, pełnego radości wrażenia, widząc Polaków i Czechów w braterskim powitalnym uścisku. Polacy napływali 25 i 26 maja rozmaitemi szlakami, z różnych stron swéj rozległéj ziemi, a przybyli tu i przedstawiciele młodzieży polskiéj, kształcącéj się w Wiedniu i Berlinie; Komitet Gospodarczy Zjazdu oczekiwał swych gości na dworcach kolei, i nietylko ułatwiał wszystkie trudności umieszczenia się, ale idąc za popędem serca Czesi nadali swéj gościnności cechę wspaniałości iście królewskiéj. Polskich członków i uczestników Zjazdu było 95, a ogólna liczba wszystkich członków i uczestników wynosiła 800. Wszystkie dzielnice naszego kraju były reprezentowane na Zjeździe, a oprócz krakowian, którzy związani osobistemi stosunkami, zawartemi w przeszłym roku z pobratymcami, oraz blizkością Pragi zachęceni stawili się nader licznie, największy kontyngens dało to zacne miasto, którego synowie tyle razy już dowiedli, że staną zawsze w pierwszym szeregu tam, gdzie ich powołają wyższe sprawy duchowe.

W Zjeździe prażskim wzięli udział nietylko członkowie jego, lecz wszystkie instytucyje naukowe, Towarzystwa, muzea itd., a wreszcie pojedyńczy ludzie, tak w Czechach jak w Polsce, którzy pojmując całą doniosłość naukową Zjazdu moralnie z nim się połączyło przesyłając Zjazdowi telegramy z życzeniami; polskich telegramów było przeszło trzydzieści.

D. 26 wieczorem w pięknéj, uroczyście przystrojonéj i oświetlonéj sali na Zofijskiéj wyspie zebrali się członkowie Zjazdu w celu zbliżenia się i poznania się z sobą; przyglądając się posągom, dekorującym salę, z wdzięcznością zauważyliśmy, że pamiętano tu o nas w sposób sympatyczny i ujmujący; doborowa orkiestra jeszcze więcéj nas przekonywała, że nie będąc u siebie byliśmy u swoich, u braci krwią i duchem; o północy rozeszliśmy się upojeni serdecznością gospodarzy i z niezłomną wiarą, że Zjazd czeski najzupełniéj powiedzie się; a wiarę swoją opieraliśmy na obecności na Zjeździe wielkich powag naukowych, które widzieliśmy w sali Zofijskiéj, oraz na podniesionym duchu ogółu, na tym świętym ogniu, który ogarnął zebraną rodzinę lekarzy i przyrodników.

D. 27 rano o godz. 10téj nastąpiło zagajenie Zjazdu na Iszém walném Zgromadzeniu, z którego jak i z IIgo w następnym liście zdam sprawę, jak również na późniéj odkładam sprawozdanie z otwarcia Wystawy, które odbyło się po I. Walném Zgromadzeniu; po południu zawrzała mrówcza praca po sekcyjach, a wieczorem uroczyste przedstawienie w teatrze, gdzie nastąpiło obustronne pozdrowienie przy powstaniu z miejsc. Po przedstawieniu udaliśmy się do sal Umieleckiéj Besedy, gdzie wśród nadzwyczaj licznéj publiczności czekały nas ze wszech miar rozkoszne niespodzianki, jak chóry młodzieży czeskiéj, śpiewającéj czeskie a przeważnie nasze narodowe pieśni.

D. 28 rano polscy członkowie Zjazdu, którzy nie mieli mieć odczytów lub przewodniczyć na sekcyjach, udali się z posłem Tonnerem na czele, jako kierownikiem dla obejrzenia osobliwości miasta Pragi. Nie posiadamy słów wdzięczności dla szanownego posła, za jego tak cierpliwe a tak umiejętne pokazanie nam tych bogactw naukowych, które w Pradze nagromadzono; zwiedziliśmy muzea, gabinety, ratusz, ważniejsze kościoły, zamek królewski, katedrę itd. itd. i czołem uderzyliśmy przed złotą Pragą, która potrafiła z takim świętym szacunkiem przechować co stare, a z taką pracą i troską zgromadzić i uporządkować to, co nowe lecz pouczające i kształcące. Wieczorem uroczysta uczta w sali zofijskiéj; w kole współbiesiadników oglądaliśmy posła Riegera, niezmużonego bojownika świętéj sprawy ojczyzny swéj, używając wspaniałych dowodów gościnności czeskiéj wysłuchaliśmy kilka krasomówczych toastów, w których werwa i forma szły o lepsze z głębokością poglądów. Przemawiali: prof. Eiselt, burmistrz Skramlik, poseł Rieger, prof. Rostafiński, prof. Kreiči, Dr. Chodounsky, Doc. Dr. Jordan, Redaktor Tarnowsky, Dr. Krówczyński, poseł Tonner, Dr. Krasiński, Dr. Studnička, Dr. Szyszyłowicz.

Dnia 29 do południa posiedzenia sekcyjne, zwiedzanie zakładów lekarskich, wystawy itd.; po południu o godz. 3ciéj drugie walne Zgromadzenie i zamknięcie Zjazdu. O godzinie 8méj sala Zofijska wypełniła się gośćmi, których Towarzystwo lekarskie w Pradze zaprosiło na uroczysty wieczorek; muzyka wokalna i instrumentalna, deklamacyje, malarstwo, komika składały się na uprzyjemnienie czasu gościom, z których znaczna liczba miała odjechać nazajutrz rano.

Dnia 30 podzielili się pozostali w Pradze członkowie i uczestnicy Zjazdu; jedni udali się do Přibramu, drudzy do Zbrasławia; wycieczki te odbywają się w téj chwili, a sądząc z tego co do téj pory doświadczyliśmy w Pradze, wątpić nie należy, że i ten pozazjazdowy projekt powiedzie się kolegom czeskim.

Drugi Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich powiódł się najzupełniéj, najświetniéj. Z sprawozdania naukowego sam czytelnik osądzi wartość i bogactwo materyjału naukowego, oraz oceni głęboką treść odczytów mianych na posiedzeniach walnych. Praga jest jedném z starych i świetnych ognisk nauki lekarskiéj, uczestnicy Zjazdu zwiedzając zakłady, zbiory, muzea wynieśli z Pragi bogaty zapas naocznie nabytego doświadczenia. Liczne zbiory odnoszące się do nauk przyrodniczych, archeologii, biblijografii, piękne okazy stylu średniowiecznego, liczne pamiątki historyczne itd., wszystko to przyczyniło się, żeśmy doznali w Pradze téj rozkoszy umysłowéj, która nam ten Zjazd uczyni pamiętnym na całe życie. Komitet wywiązał się ze swego zadania bez zarzutu; dziennik Zjazdu „Oznamowatel“ utrzymywał członków Zjazdu w zupełnéj świadomości każdéj czynności Zjazdowéj. Samo niebo pomagało pobratymcom, piękna pogoda podnosiła efekt i nie przeszkodziła wykonaniu bogatego programu.

Taką jest Praga z swemi bogactwami naukowemi, a cóż powiedzieć o jéj światłych mieszkańcach? Jak na martwych murach Pragi czyta się karta długiego żywota dziejo-

wego, tak Czesi noszą na sobie ślady wielowiekowéj kultury; spokojni a stanowczy, rozważni a serdeczni posiadają piękny charakter męzki. Gościnnością, dobrodusznością są Sławianami do szpiku kości; szanując trzeba ich kochać, kochając szanować. Rozstawaliśmy się z słowami „do widzenia," i sądzę, że z kolei nie odmówią nam przybycia bracia koledzy czescy na IV Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, bo wiedzą, że uczynią zadość obowiązkom ludzi nauki, oraz wielkiéj potrzebie naszego serca. Wspólna praca naukowa to dzisiejsze nasze hasło, którém was godni, kochani i szlachetni bracia, koledzy czescy, powitamy za rok w Poznaniu.

W przyszłym numerze zdam sprawę z obu walnych posiedzeń II Zjazdu lekarzy czeskich. *Dr. Kwaśnicki.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(γ) Pomyłka aptekarza. Rosyjskie dzienniki piszą o śmierci jednorocznego dziecięcia w skutek pomyłki aptekarza. Dziecko cierpiało na zapalenie oskrzeli; wezwany Dr. Doliński, lekarz chorób dziecięcych, przepisał lek złożony z chininu, piżma i koniaku. Po pierwszéj dawce dziecko straciło przytomność i umarło. Ojciec dziecka wezwał Dra Dolińskiego, pokazał mu pozostałą resztę lekarstwa i utrzymywał, że dziecko umarło w skutek trucizny zawartéj w témże. Na co Dr. Doliński dowodząc, że to co przepisał nie było szkodliwém, wypił resztę lekarstwa. Bezzwłocznie potém pojawiły się objawy otrucia z gwałtownemi wymiotami i ledwo że zdołano go uratować. Znaleziono, iż przez pomyłkę aptekarz dodał morfinu do leku. (*The Lancet*, 1882, I, 13).

(γ) Ospa na wyspie Haiti. *Times* podaje wyjątek z prywatnego listu angielskiego wicekonsula w Port-au-Prince malujący straszliwy obraz spustoszenia, jakie poczyniła ospa na wyspie Haiti między ludnością liczącą blizko milijon. Wykazano, że śmierć zabrała 5000 ofiar w przeciągu blizko trzy miesiące trwającego szczytu epidemii; ogółem zaś uległo nie mniéj niż 20.000 ludzi. (*The Lancet*, 1882, I, Nr. 14).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 14—20 maja umarło w Krakowie na rok i 1000 mieszkańców 32,8 (35,1 z. t.). Z ospy umarło 4 (3 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z krztuśca 1 (1 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 2 błonicy, 9 duru osutkowego. W tygodniu od 9—15 kwietnia ospa złagodniała w Londynie. Świeżo zapadło 40, leczyło się w szpitalach 362, umarło 8. W Wiedniu umarło 25, w Pradze 3, w Petersburgu 9, w Budapeszcie 5. W Warszawie umarło od 23 marca do 1 kwietnia 37, w Lizbonie od 5—11 marca 12, w Madrycie od 6—12 lutego 55. Odra się nie zmieniła w Budapeszcie, Paryżu, Londynie, Kopenhadze, Manchesterze, Edynburgu i w Wiedniu. Z błonicy umarło wielu w Budapeszcie, Londynie, Paryżu, Warszawie i Petersburgu. Z duru osutkowego umarło w Wiedniu, Warszawie i Maladze po 1, w Saragosie i Granadzie po 2, w Budapeszcie 6, w Petersburgu 22.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 9 do 15 kwietnia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 44,2; we Lwowie 36,2; w Poznaniu 30,8; w Wiedniu 43,0; w Budapeszcie 44,2; w Pradze 39,7; w Tryjeście 34,2; w Berlinie 24,6; w Wrocławiu 30,2; w Gdańsku 24,6; w Mnichowie 35,3; w Lipsku 23,7; w Dreźnie 28,9; w Bazylei 32,6; w Brukseli 25,8; w Amsterdamie 28,9; w Hadze 26,5; w Paryżu 28,2; w Londynie 23,1; w Kopenhadze 25,6; w Stokholmie 25,4; w Chrystyjanii 32,0; w Petersburgu 40,5; w Odesie 32,5; w Bukareszcie 25,9; w Madrycie 55,8; w Lizbonie 38,3; w Aleksandryi 28,5; w Nowym Yorku 34,6; w Filadelfii 23,8; w Bombaju 32,8. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 1 czerwca. Przeminęły piękne dni Zjazdu praskiego, koledzy, którzy w tak imponującéj liczbie pospieszyli byli na wezwanie Czechów, powrócili, a z opowiadania ich wynika, że wiadomości, podane przez dzienniki polityczne o serdeczném przyjęciu, którego nasi rodacy doznali w stolicy czeskiéj, wcale nie były przesadzonemi. Cieszymy się więc w dwójnasób, raz, żeśmy spłacili dług wdzięczności, a powtóre, że serdeczne zbliżenie się do pobratymców należycie ocenioném zostało przez opiniję publiczną u nas i w Czechach; tłumaczami opinii były wszystkie nasze pisma i czeskie, a z ostatnich podnosimy gorące przywitanie gości polskich przez Časopis lek česk., zamieszczone na czele Nru 22. W numerze dzisiejszym rozpoczynamy szereg artykułów, mających zaznajomić czytelników, którzy do Pragi podążyć nie mogli, z przebiegiem i sprawami II Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich.

* Delegatami Tow. lek. warszawskiego na Zjazd w Pradze byli: wiceprezes Tow. Dr. Gepner, oraz Drowie hr Krasiński, Talko, Mayzel, Kosmowski z Warszawy, Rewoliński z Radomia i Dobieszewski z Marienbadu, delegatem zaś *Gazety Lekarskiéj* Dr. Matlakowski. Nadto z Królestwa udali się do Pragi Drowie: Hering, Kowalczewski (z Olkusza) i Mikucki.

* Docent Uniw. Jagiell. Dr. Mars pod koniec czerwca wyjedzie do Krynicy, gdzie, jak w roku przeszłym, podczas sezonu ordynować będzie.

* Do 25 maja bawiło w Cieplicach czeskich gości 1257.

* Toasty Helmholtza i Virchowa śród uroczystości na cześć Graefego. Helmholtz przemówił jak następuje: „Rozwój nowszéj oftalmologii stanowi najlepszy dowód, że umiejętność sama przez się jest najlepszą kierowniczką praktyki, i że wielka korzyść wynika z odpowiedniego zastósowania badania umiejętnego. Jeżeli rozpatrzymy się w historyi medycyny, przyznać możemy bez przesady, że medycyna praktyczna w ostatnich 50 latach większe zrobiła postępy aniżeli w 2000 latach poprzednich, — i to nie tylko w oftalmologii. Kiedy ja uczęszczałem na medycynę, terapija redukowaną była *ad minimum*. Powszechnie powątpiewano w możność uleczania, a ci lekarze, którzy uważali się za najracyjonalniejszych, prawie zrezygnowali z leczenia chorych. Jakże się rzecz zmieniła od tego czasu, odkąd przestałem brać udział w rozwoju praktycznym nauki! W miejsce starych ogólnych schematów wstąpiły pewne pojęcia. Wiemy, z czém mamy do czynienia w przypadkach, w których dawne czasy poprzestały na wyrazownictwach, będących tylko płaszczykami niewiadomości. Na tém polu oftalmologija wyprzedziła wszystkie inne gałęzie lekarskie świetnym przykładem, a przykłady więcéj pouczają, aniżeli teoretyczne badania. Wiem dobrze, że—aby użyć wyrażenia szkoły staréj,— byłem *Causa occasionalis* wynalezienia wziernika. Gdybym ja tego nie był zrobił, zrobiłby to w dwa lub trzy lata późniéj kto inny, potrzeba bowiem było do tego tylko pewnych wiadomości fizycznych. Pierwotnie fizyk przypadkiem dostałem się śród lekarzy, widziałem, czego potrzeba było, a konstrukcyja wziernika była czémś, coby dziś fizyk uważał za małe, praktyczne zastósowanie swéj nauki. Narzędzie to jednak było środkiem do rozpoznawania ścisłego na polu przedtém ciemném. Oko, przedtém tak ciemne, okazało się przedmiotem najodpowiedniejszym do badania patologicznego i doświadczeń leczniczych. Rozwój praktyczny zawdzięczamy naszemu Graefemu." Z przemówienia zaś Virchowa zasługuje na uwagę szczególną jeden ustęp: „W życiu Graefego nie było chwili, w któréjby uczenie się uważał za ubliżające sobie. My nauczyciele jego częstokroć nie wiedzieliśmy więcéj od niego, a wtedy razem jęliśmy się pracy. Ostrożność jego i zastanawianie się tam, gdzie kto inny byłby poradził sobie frazesem, winno pozostać na zawsze wzorem w umiejętności niemieckiéj. Ile razy Graefe przychodził do mnie, aby się uczyć, zawsze korzystałem wiele od niego. Znakomite prace jego pochodzą ztąd, że wszystko, czego się dotykał, opracowywał wszystkiemi środkami, których nauka ówczesna dostarczała, środkami fizyki, chemii, fizyjologii, patologii. Każda z prac jego reprezentowała całość wiedzy, w owym czasie osiągnąć się dającéj. Po Graefem stało się na zawsze niemożebném, aby ten, który hołduje empiryi saméj lub samą pianę bije, odegrał rolę w nauce."

* Dr. Valentiner w Salzbrunn urządzi w jesieni przyszłéj flotylę na Nilu dla chorób przewlekłych płucnych i nerkowych, krążyć mającą podczas zimy między Luxorem a Wadi-Halfa (26°—22° szer. półn.) i sam obejmie kierownictwo lekar-

skie. Flotyla wyjedzie z początkiem grudnia z Kairu. *(Berl klin. Woch.)*

* Papierosy konopne, wyrabiane przez Grimaulta i sp. w Paryżu zakazane zostały tak w Austryi jakotéż we Węgrzech.

* **Wiedeń**. Prof. Brücke wybrany został wiceprzezydentem Akademii Umiejętności oraz prezesem klasy matematyczno-przyrodniczéj; nadto członkiem rzeczywistym wybrany prof. Oppolzer, korespondentem krajowym prof. Ebner w Gracu a zagranicznym prof. Pasteur w Paryżu.

* **Petersburg**. Lekarz jeneralny floty Dr. Busch uznany został przez sąd wojenno-morski winnym przekupstwa i skazany na pozbawienie stanu praw służbowych, szlachectwa i orderów oraz na zesłanie na Syberyję.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. **Wiedeń**. Langenbeck podawszy się o uwolnienie zapytał się Billrotha, czy gotów jest przenieść się do Berlina, albowiem uważa go za najodpowiedniejszego swego następcę. Billroth atoli oświadczył, że Wiednia nie porzuci.

* **Odznaczenie**. Prymaryjusz w szpitalu miejskim w Tryjeście, Dr. Karol Liebmann, otrzymał od Cesarza tytuł profesora.

* **Wiadomości osobowe**. Dr. Teofil Prohaska osiadł jako lekarz praktyczny w Brzostku. — Stopień doktora w. n. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Józef Teodor de Suche Kownaty Kownacki z Mławki.

* **Nekrologija**. D. 28 kwietnia rb. umarł nagle w St. Louis w Ameryce półn. w kwiecie wieku Dr. Hodgen, profesor chirurgii w tamecznym uniwersytecie. najznakomitszy operator amerykański.—Zmarły przedwcześnie dla nauki prof. Karol Hueter urodził się d. 27 listopada 1838 w Marburgu, w r. 1863 był asystentem Virchowa, w 1864 Langenbecka, w r. 1869 mianowany został prof. chirurgii w Rostoku a w r. 1870 w Gryfii, zkąd także wybrany został posłem na Sejm niemiecki.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 20: Matlakowskiego: Kilka spostrzeżeń złamań powstałych bez udziału siły zewnętrznéj; Modrzejewskiego: Wieloliczne wrodzone włókniaki miękkie t. zw. mięczaki nerwowłókniaki Recklinghausena (dok.); Pawińskiego: O t. zw. połowiczym skurczu serca (c. d.); w *Medycynie* Nr. 20: Rogowicza: Przypadek przetoki pęcherzowo-pochwowéj, pomyślnie operowanéj podczas ciąży.

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 21: Matlakowskiego: Kilka spostrzeżeń złamań powstałych bez udziału siły zewnętrznéj (dok.); Pawińskiego: O t. zw. połowiczym skurczu serca (c. d.); Wolberga: Szkarlatyna i ospa jednocześnie u tegoż samego dziecka. — W *Medycynie* Nr. 21: Sokołowskiego: Przypadek zapalenia osłon mózgo-rdzeniowych z zejściem pomyślném.

Redakcyja otrzymała:

Dr. Wład. ŚCIBOROWSKI: Antoni Kozubowski, wspomnienie pośmiertne. Kraków, 1882, w 8ce, str. 14. (Osobne odbicie z 63 rocznika Tow. Dobr. krak.).

Dr. A. SOKOŁOWSKI: W sprawie leczenia klimatem swojskim. (Odb. z Gaz. Lek). Warszawa, 1882. w 8ce, 8.

Tenże: O suchotach płucnych przymiotowych. (Odb. z Gaz. Lek.). Warszawa, 1882, w 8ce, str. 21.

Dr. RYDYGIER: Ciekawy przypadek dwukrotnego wycięcia kawałków jelita—wyzdrowienie; kilka uwag o technice operacyjnéj na podstawie nowopodjętych doświadczeń. (Osobne odbicie z Przegl. Lek.) in 8vo str. 10.

Prof. TAMASSIA (w Pawii): Dell' influenza del sisteme nervoso sull' irrigidimento cadaverico. Reggio 1882, in 8vo str. 22.

Piśmiennictwo lekarskie. BOCKENDAHL J. Generalbericht üb. d. öffentl. Gesundheitswesen d. Prov. Schleswig-Holstein f. d. J. 1880. gr. 4. Kiel, Univers.-Buchh. M. 3.

BOTTGER H. Die reichsgesetzlichen Bestimmungen üb. d. Verkehr m. Arzneimitteln. 8. Berlin, Springer. cart. M. 2.

BOULEY H. Le Progrès en médecine par l'experimentation. 8. Paris, Asselin. Fr. 12.

COHNHEIM J. Vorlesungen üb. allgemeine Pathologie 2 Aufl. 1 Bd. gr. 8. Berlin. Hirchwald. M. 18.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Srodę d. 7 bm. wsali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Dr. Wolfram odczyta pracę swoją: o zachowaniu się ciężaru ciała w chorobach gorączkowych, według spostrzeżeń czynionych w klinice lekarskiéj krakowskiéj.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. R. w L. Korektę przejrzał sam autor, zarzuty szan. Kolegi są więc nieuzasadnione. Jakkolwiek nie wyrugowaliśmy używanego wszędzie przez autora wyrazu „inkarceracyja," jako utartego, uznaliśmy za stósowne w kilku miejscach zastąpić go polskim „uwięźnienie;" użyliśmy zaś tego wyrazu, a nie „uwięzgnięcia," jak szan. Kolega żądasz, ponieważ ostatni nie jest polskim; mylisz się bowiem szan. Kolega sądząc, że język nasz zna tylko czasownik „więzgnąć," a nie „więznąć," albowiem właśnie rzecz się ma odwrotnie, jak o tém przekonać się możesz szan. Kolega w słowniku Lindego. Jak najsłuszniéj zatém „Słownik terminologii lekarskiéj" tłumaczy inkarceracyję przez „uwięźnienie," a sądzimy, że obowiązkiem piszących jest nie odstępować bez powodów słusznych od Słownika, ułożonego przez znawców kompetentnych, bez karności bowiem nigdy nie dojdziemy do celu upragnionego.

Sprostowanie. W Nrze 21 Przeglądu Lek. w artykule „o inkarceracyjach wewnętrznych," znajdują się następujące omyłki druku: Na str. 269 ma być w łamie 2, wierszu 13 od góry „przeszkoda" zamiast „przeszkodą;" na str. zaś 270 w łamie 1, wierszu 6 od góry winno być „wysokości" zamiast „wysokość."

Dla prenumeratorów w Cesarstwie austryjackiém załącza się broszurka o zakładzie wodoleczniczym w Fürstenhofie.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Dr. ANJELA
Zakład wodoleczniczy w Zuckmantel
(na Szlązku austryjackim)

Najbliższa stacyja kolei żelaznéj **Ziegenhals** jest o milę odległą. Leczenie za pomocą elektroterapii, mięsienia, kąpieli z igliwija. Zakład jest przez cały rok otwartym.

Dr. DWORSKI
zawiadamia Szan. P. T. Kolegów, iż od 20 maja ordynuje

W SZCZAWNICY.

Dr. Zygmunt Dzikowski
Lekarz zakładu zdrojowo-kąpielowego

w MORSZYNIE

ordynuje tamże począwszy od 15 Maja b. r.

Dr. Zdzisław Nieszkowski
podczas sezonu letniego będzie ordynował

w SZCZAWNICY

a podczas jesiennego

w M E R A N I E.

TRUSKAWIEC
Otwarcie sezonu d. 1 czerwca 1882.

Zakład ten położony o 8 kilometrów od najbliższéj stacyi kolei dniestrzańskiéj „Drohobycz-Truskawiec."

Posiada 15% **solankę** i silne **siarczane wody** do kąpiel; słonogorzkie rozwalniające i moczopędne zdroje do picia, borowinę żelazistą i szlam słono-siarkowy do kąpiel; aptekę, urząd pocztowy i telegraficzny.

Nowo zbudowane łazienki o 60 gabinetach, urządzone są z wszelką wytwornością, jak również nowo urządzona **wziewalnia** pary słonéj i wyciągu igliwija; leczenie elektryczne.

Nowe i wygodnie urządzone pomieszkania z usługą, kilka restauracyj i cukiernia, **nowy bilard, fortepian i kręgielnia**, dobra kapela i wiele nowo urządzonych ulepszeń.

Lekarz zdrojowy Dr. **Zygmunt Rieger**, radca zdrowia.

Zamówienia na pomieszkania i powozy do stacyi kolejowéj **„Drohobycz"** lub **„Drohobycz-Truskawiec"** przyjmuje przy dołączeniu zadatku

Zarząd zdrojowy.

Chorzy posiadający świadectwo ubóstwa, potwierdzone przez c. k. Starostwo, korzystać będą mogli z uwolnienia od opłaty taksy i tańszych kąpieli, tylko w porze od 1 do końca czerwca i od 15 sierpnia do 15 września.

Należy podać rękę szczęściu!
400,000 marek

jako główna wygrana w najkorzystniejszym razie jest do wygrania na **Hamburskiéj wielkiéj loteryi pieniężnéj** odbyć się mającéj za dozwoleniem i rękojmią **Państwa**.

Korzystnie urządzonym jest nowy plan w ten sposób, że w ciągu niewielu miesięcy w 7 ciągnieniach **niezawodnie** rozlosowanych zostanie **47,600 wygranych** między któremi znajdują się główne wygrane względnie **400.000** mk. w szczególności zaś

Wygr.	marek	Wygr.	marek	Wygr.	marek
1	250.000,	2	po 15,000	10	po 1,500
1	150.000,	1	„ 12,000	3	„ 1,200
1	100,000,	24	„ 10,000	530	„ 1.000
1	60,000,	3	„ 8,000	1.073	„ 500
1	50,000,	3	„ 6 000	27.069	„ 145
2	po 40,000,	54	„ 5,000	i t. d. Razem 18,436	
3	„ 30,000,	5	„ 4000	wygranych po 300,	
4	po 25,000,	108	„ 3.000	200, 150 124, 100, 94,	
2	„ 20,000	264	„ 2.000	67, 50 40. 20 marek.	

Z tych wygranych przypada na pierwszą klasę 4000 ogólnéj wartości 116,000 marek.

Najbliższe pierwsze ciągnienie téj wielkiéj przez Państwo **poręczonéj** loteryi ustanowiono **urzędownie**

już na 14 i 15 Czerwca rb.

A kosztuje do niego:
1 cały los oryginalny tylko 6 mrk. czyli $3\frac{1}{2}$ Złr.
1 połowa losu oryg. 3 mrk. „ $1\frac{3}{4}$ „
1 ćwiartka „ „ $1\frac{1}{2}$ mrk. „ 90 kr.

Wszelkie zlecenia wykonane zostaną **natychmiast** z największą troskliwością **za nadesłaniem gotówki lub przekazu pocztowego, albo za pobraniem należytości**, a każdy otrzyma od nas herbem Państwa opatrzony **los oryginalny** do rąk.

Do zamówień, dołączymy potrzebne plany urzędowe gratis, w których tak rozdział na względne klasy jak i odnośne wpłaty znaleść można, a po każdém ciągnieniu każdemu interesantowi prześlemy bez żądania wykazy urzędowe.

Na żądanie przesyłamy naprzód franko urzędowy plan do przejrzenia i oświadczamy gotowość przyjąć przed ciągnieniem napowrót losy za zwrotem opłaty gdyby życzeniom nieodpowiadały.

Wypłata wygranych nastąpi zawsze zaraz **pod rękojmią Państwa**.

Naszemu zakładowi sprzyja zawsze szczęście i już nieraz wypłaciliśmy naszym interesantom największe wygrane między innemi wygrane **250.000** mrk., **100.000** mrk., **80.000** mrk., **60 000** mrk., **40.000** mrk. itd.

Prawdopodobnie niezawodnie liczyć można przy takiém przedsięwzięciu **na najpewniejszéj podstawie** opartém na żywy udział, prosimy więc, już **ze względu na** bliskie ciągnienie wszelkie zlecenia przesyłać jak można najrychléj wprost do nas.

Kaufmann & Simon

Kantor bankowy i wymiany w Hamburgu.

P. S. Dziękujemy niniejszém za zaufanie, którym nas dotąd obdarzano i zapraszając przy rozpoczynającym się nowym losowaniu do udziału, starać się będziemy i nadal przez zawsze szybkie a rzetelne usłużenie zaskarbić sobie całkowite zadowolenie naszych szanownych interesantów.

Wyżéj podpisani.

Ośmielamy się zwrócić niniejszém uwagę PP. Lekarzy na następujące specyjalności farmaceutyczne z nadmienieniem, iż na żądanie dostarczamy prób do doświadczeń z wszelką gotowością bezpłatnie.

Pain-Expeller z „Kotwicą"
wyborne wcieranie w **gośćcu, reumatyzmie, nerwicach itd. itd.** Ob. Nr. 52, 1880 i Nra 17 i 37, 1881 *„Allg. Wiener Medizinische Zeitung."*

Sarsaparlian z „Kotwicą"
doświadczony **lek przeciwkiłowy**, omówiony szczegółowo przez b. sekundaryjusza I. kl. Dra med. Karola Maryi Anthoffera. Ob. Nra 8 i 9 1881 *„Allg. Wien. med. Ztg."*

Przy ordynowaniu prosimy uprzejmie mieć na względzie, iż istnieje wiele licbych naśladowań obydwu tych przetworów, i że jedynie znakiem „Kotwicy" opatrzony Pain-Expeller lub Sarsaparylian jest **prawdziwym.**

F. Ad. RICHTER i Sp., c. k. dostawcy nadworni.
Wiedeń, Rudolstadt, Norymberga, Roterdam.

Dr. med. Witold Jaroszyński

ordynuje w ciągu sezonu letniego

W KARLSBADZIE.

Mieszka przy ulicy „***Kaiserstrasse***“
w domu „***Warschau.***“

MATTONIEGO

GIESSHÜBLER

najobficiej
alkaliczna woda mineralna

SZCZAWIOWA

napój orzeźwiający stołowy,

skuteczny bardzo na kaszel w chorobach szyi
katarach żołądka i pęcherza.

PASTYLKI pektoralne i do trawienia.

Henryk Mattoni, Karlsbad (Czechy).

Dr. KAROL DĘBICKI

ordynuje jak w zeszłym tak i w bieżącym roku

W FRANZENSBADZIE

„zum schwarzen Ross“

Dr. J. KOPERNICKI

Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego

jak dawniéj od 15 maja ordynuje

W MARIENBADZIE

„*Villa Trianon*“ od 7 do 8 z rana i od 3 do 6 po południu.

MARIENBAD

Dr. DOBIESZEWSKI

ordynuje jak w latach poprzednich jako lekarz zdrojowy w języku polskim przez całą porę kąpielową, przy czém leczy elektrycznością.

Mieszka w domu własnym p. n. **Villa Dobieszewski,** w willi téj chorzy mogą znaleść pomieszczenie i odpowiednie wygody.

MEDAL ZASŁUGI

WODY LEKARSKIE

mineralne sztuczne:

Pyrofosforanowo-Żelazista, Selterska, Vichy, Litowa, Jodowa, Gorzka,

Szczawa alkaliczna na kształt Bilińskiéj,

aprobowane przez Świetne Towarzystwo Lekarskie i odznaczone medalem zasługi na Wystawie Lekarsko-Przyrodniczéj w Krakowie.

Składy w Krakowie:

W aptece „pod Gwiazdą“ ul. Floryjańska; w aptece „pod Słońcem“ Rynek Główny; w apt. „pod Barankiem“ Rynek Mały; w aptece „pod Złotą Głową“ Rynek Główny; w apt. „pod Orłem“ na Kazimierzu; w handlu p. Janigi Rynek Główny.

We Lwowie w handlu p. Ihnatowicza. **W Brodach** w apt. p. Witosławskiego. **W Podhajcach** w handlu p. J. Gross.

Zakład Wód Gazowych Karola Rzący w Krakowie.

MEDAL ZASŁUGI

MEDAL ZASŁUGI

Od dłuższego czasu używam tak w klinice jakoteż w praktyce prywatnej, wód lekarskich, wyrabianych przez Pana K. Rzącę w Krakowie według wskazówek udzielonych mu przez Komisyję balneologiczną Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Przekonawszy się o skuteczności tych przetworów, jak niemniéj stwierdziwszy, że przyrządzane bywają bardzo starannie, mogę jak najsumienniéj polecić je do używania w praktyce lekarskiéj, a mianowicie:

Woda litowa, woda z pyrofosforanem żelazowym mocniejsza i słabsza mogą w zupełności zastąpić wody sztuczne tego nazwiska dotychczas z zagranicy sprowadzane. **Woda jodowa** oddaje znakomite usługi w przypadkach, gdzie z powodu cierpienia żołądka nie można używać przez czas dłuższy jodku potasu w zwykłéj postaci. **Sztuczna woda Selterska, woda Vichy i Szczawa alkaliczna na kształt Bilińskiéj** są równie skuteczne jak odnośne wody naturalne i dla tego mogą być używane z korzyścią w zastępstwie wód naturalnych.

Kraków 25 Marca 1882.

Prof. Dr. Korczyński
Dyrektor Kliniki lek. w Uniw. Jag

MEDAL ZASŁUGI

ZDROJOWISKO OBERSALZBRUNN

2 godziny drogi od Wrocławia.

Od dawna słynne dla cierpiących na płuca. Chorzy na długotrwałe zboczenia trawienia i wytwarzania krwi, na nieżyty pęcherza, cierpienia piasku moczowego, dnę, cierpienia krwawnicowe itd. znajdują tam pewne uleczenie. Pora kąpielowa trwa od 1 Maja do ostatniego Września. Wzorowo urządzony zakład leczenia żętycą. Obce wody mineralne. Inspekcyja zdrojowa Księstwa pszczyńskiego.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1¼ „	4 „	6 „

Kraków, 10 czerwca 1882. № 23. Rok XXI.

Kilka słów o hidroterapii suchot płucnych.

Napisał Dr. M. Gumplowicz,
Lekarz zakładu w Ober-Weindlingau.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

Rzecz zresztą przy niejakiém zastanowieniu zdaje mi się być sama przez się zrozumiałą. Łatwo się o tém przekonać można, że kąpiel 5—10 minutowa w wannie, zawierającéj około 150—200 litrów wody, o 16—20°C. ujmuje ciału w przybliżeniu około 200 jednostek cieplikowych, gdyż w takim razie wspomniona ilość wody podczas kąpieli mniéj więcéj o jeden stopień się ogrzewa. Natomiast ilość ciepła ujętego przez jednorazowe natarcie w mokrém prześcieradle wynika z następującego obliczenia: prześcieradlo zwykle w takich razach używane, w wodzie zamaczane a następnie dobrze wyciśnięte, zawiera około 0,60 litrów wody; jeźli zatém woda poprzednio jako zimna źródlana miała tylko 10°C. a w zetknięciu się z ciałem podczas nacierania ogrzała się aż do saméj temperatury ciepłéj skóry, t. j. do 30°C., wtedy dopiero ilość ujętego ciepła wyniesie $0{,}60 \times 20 = 12$ jednostek cieplikowych. Liczby te oczywiście nie są bynajmniéj dokładne, ale wskazują mniéj więcéj stosunek względny wspomnianych środków hydryjatrycznych. Ażeby zaś mieć wyobrażenie o tém, wiele to znaczy ujęcie kilkunastu jednostek cieplikowych, wystarczy porównać w téj mierze skutek wypicia dwóch zwykłych szklanek zimnéj wody. Jeżeli ciepłota chorego wynosi 38°C., szklanki zawierają jak zwykle po $^1/_4$ litra a woda ma 10°C., wtedy ilość ujętego ciepła będzie: $2 \times {}^1/_4 \times (38 - 10) = 14$ jednostek cieplikowych. Wpływ natarcia w mokrém prześcieradle na zniżenie gorączki byłby zatém, — jeźli tylko ilość ujętego ciepła uwzględnimy — w przybliżeniu taki sam jak skutek wypicia dwóch szklanek zimnéj wody, przyczém jeszcze zapominać nie należy, że wewnętrzne użycie zimnéj wody daleko mniéj podnieca produkcyję ciepła niż zewnętrzne zastosowanie.

Wprawdzie dla teoretycznego wyjaśnienia mniemanego wpływu tak nieznacznych środków na zniżenie ciepłoty wskazaćby można na rolę, jaką tu odgrywa zmiana w krążeniu krwi obwodowém; możnaby powiedzieć, że przekrwienie skóry środkami hydryjatrycznemi wywołane ułatwia promieniowanie ciepła na zewnątrz i że ten czynnik jest tak dzielnym, iż sam przez się sprawia zniżenie ciepłoty. Teoryja ta, do któréj się Winternitz obecnie odwołuje, wygłoszoną została po raz pierwszy przez Traubego w r. 1855; ma ona w pewnych ścisłych granicach niezaprzeczone znaczenie, zresztą jednak obecnie, mianowicie po gruntownych badaniach Liebermeistra, ma tylko wartość historyczną. Niezawodnie nieraz w chorobach ostrych gorączkowych, po t. zw. przesileniu, przekrwienie skóry i łączący się z niém pot, a mianowicie wyparowanie potu, uważać można za współczynnik do zniżenia ciepłoty ciała; daleko jednak ztąd do ogólnego twierdzenia, jakobyśmy w stanie byli przez sztuczne wywołanie przekrwienia skóry zwalczyć skutecznie gorączkę. Ścisłą konsekwencyją takiéj teoryi byłoby leczenie gorączki za pomocą wielkich synapizmów i rzeczywiście znalazł się autor (Senator), który wpadł na podobny koncept. Nie wiem czyli kiedykolwiek lekarz zdrowy na umyśle coś podobnego na chorym człowieku wykonał, tyle jednak pewna, że teoryja ta ani w zwykłéj praktyce ani przy zastosowaniu hydroterapii się nie sprawdza. Wiemy, że nieraz mimo chłodnéj i bladéj skóry gorączka ustaje, a nieraz mimo ciepłéj i przekrwionéj trwa daléj. Co się zaś tyczy szczegółowo zastosowania hydroterapii we wskazanym celu, to teoryja ta okazuje się płonną już o tyle, że nieraz podczas gorączki znajdujemy skórę już i tak ciepłą i przekrwioną, że daléj w innych przypadkach skóra wprawdzie jest bladą, ale jéj żadnemi środkami w stan przekrwienia przeprowadzić nie możemy, że w innych wreszcie zmiana taka wprawdzie da się wywołać, ale na gorączkę ża-

dnego albo prawie żadnego wpływu nie wywiera [1]).

Wskazując powyżéj na nieudolność hydroterapii w leczeniu gorączki trawiącéj nie zaprzeczamy bynajmniéj, że w takich przypadkach zmywania ciała zimną wodą itp. środki mogą być przyjemne dla chorego i chwilową ulgę mu sprawić i że w takim razie jest wszelka racyja do zastosowania takich środków, mimo to że wcale przeciwgorączkowo nie działają.

Jako trzecie z kolei wskazanie do użycia hydroterapii w suchotach płucnych wymieniliśmy zastosowanie takich środków, któreby mogły mieć wpływ na zmiany miejscowe w płucach, są to tak zwane opaski piersiowe wygrzewające, którym niektórzy tak dziwną moc leczniczą przypisują. Gdybym miał ścisłą dać odpowiedź na pytanie, w jaki sposób opaski wygrzewające działają, przyznam się, że nie byłbym w stanie tego uczynić, jeżelibym nie chciał naśladować w téj mierze tych autorów, którzy innym nierównie więcéj objaśniają, aniżeli sami wiedzą. Poprzestając na tém, co bezpośrednio spostrzegamy, stwierdzamy tylko, że skóra pod opaską zazwyczaj ogrzewa się po nad zwykły stopień ciepłoty powierzchni ciała i że pozostaje ciągle wilgotną [2]), że działać tu zatém może i ciepło i wilgoć, że widoczne skutki opasek tych najstosowniéj porównać można ze skutkiem okładów ciepłych, napojów ciepłych i inhalacyj pary wodnéj, że uważamy po nich nieraz uśmierzenie bólu, złagodzenie kaszlu, łżejsze odpluwanie, być może nawet niejaki wpływ korzystny na wessanie wypocin opłucny. Wynika ztąd, że opaski takie nieraz symptomatycznie z dobrym skutkiem użyć się dadzą u suchotników, zwłaszcza przy towarzyszącym nieżycie oskrzelowym, zapaleniu opłucny itd. Nigdy jednak ani jednego faktu nie dostrzegłem, któryby za tém przemawiał, że opaski takie mogą mieć jakikolwiek wpływ na sprawy zapalne w płucach lub na odgrodzenie, zmiękczenie i wessanie istoty serowatéj lub gruźliczéj. Nie należy przytém zapominać, że opaski dobrze do ciała przylegające, a tylko takie mogą w właściwy sposób działać, przy słabych mięśniach oddechowych utrudniają nieco oddech i z tego względu są nieraz przeciwwskazane.

Co się zaś tyczy wytłumaczenia cudownych skutków opasek, przytaczanych twierdzeń, argumentów i rozumowań o wpływie opasek na „ciepłotę i stosunek krążenia w płucach", o wyrobieniu stosunków oranżeryjnych (*Treibhaus-Verhältnisse*) w obec chorych płuc, o sztucznym prywatnym klimacie Madejry itp. luźnych, po części zgoła niedorzecznych frazesów, jakiemi Winternitz w przytoczonéj monografii ustawicznie wojuje, a które się w obec jakiéjkolwiek krytyki ostać nie mogą, są to nie argumenta, ale — że się tak wyrażę — wolne żarty: łatwo je wypowiedzieć, trudno im zaprzeczyć, nie podobna ich wziąść na seryjo.

(Dokończenie nastąpi.)

[1]) Jeżeli Winternitz raz utrzymuje, że już samo nacieranie skóry na sucho może usunąć gorączkę, a w innèm miejscu przeciw wysokiéj gorączce trawiącéj poleca mokre zawijania często zmieniane z następném nacieraniem w niewyciśniętém prześcieradle z 15—16 stopniową wodą i natryskami do $1^1/_2$ minut, wtedy w pierwszym razie należy powinszować lekarzowi, który w sposób tak lekki, prawie czarodziejski, usuwa gorączkę, w drugim razie suchotnikowi z wysoką gorączką trawiącą, który podobną kuracyję wytrzymać jest w stanie.

[2]) Utratę ciepła wywołałem przez wyparowanie wody w opasce, co u niektórych osób wątłych, niedokrewnych, mało ciepła produkujących daje się we znaki w sposób niemiły; w takim razie wkładając papier sprężnikowy pomiędzy część wilgotną a część suchą opaski ograniczamy parowanie wody i zmniejszamy tém samém utratę ciepła, jest to zatém środek wcale praktyczny w niektórych przypadkach, działania właściwego opaski jednak nie zmienia.

II. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków podał prof. Dr. Blumenstok.

IX. Katastrofa w kopalni.

(Ciąg dalszy. P. Nr. 9 z r. 1881).

Po wydaniu orzeczenia powtórnego otrzymaliśmy zaproszenie Sądu, abyśmy się udali do kopalni, celem zbadania na miejscu stosunków, któreby mogły wytłumaczyć przyczynę katastrofy. Nie poczuwając się wcale do znawstwa w tym względzie oświadczyliśmy stanowczo, że z wydaniem orzeczenia uważamy czynność swoją za skończoną, i że Sąd mógłby co najwięcéj zasięgnąć w téj sprawie jeszcze zdania chemików. Idąc za tą wskazówką Sąd zaprosił chemików sądowych, proff. Czyrniańskiego i Stopczańskiego, aby na podstawie aktów śledztwa zdanie swoje o przypadku nieszczęśliwym wypowiedzieli.

Otóż pp. chemicy sądowi rozpatrzywszy się w aktach i uwzględniwszy sprawozdania nasze oraz wyjaśnienia i zarzuty Urzędu górniczego orzekli co następuje:

Nagła śmierć pięciu robotników w horyzoncie III w każdym razie wywołaną została przez spad gwałtowny wody nagromadzonéj w horyzoncie II.

Śmierć nastąpiła u wszystkich zarówno przez uduszenie, a to w skutek braku powietrza oddychalnego i nagromadzenia się powietrza, w którém przemiana oddychania stała się niemożebną. O ile zaś to miało miejsce, należy szukać w okolicznościach, które skutkiem nagłego spadku wody pewnych własności zdarzyć się muszą, mianowicie, skoro wypadek sekcyj nie jest w stanie bezpośrednio wykazać właściwéj przyczyny śmierci z uduszenia.

Woda, gromadząca się w horyzoncie II jest tak zwaną wodą siarczaną, wydzielającą nawet śród spokoju gaz H_2S, który na ustrój zwierzęcy działa nieprzyjaźnie i zabiera tlen powietrzu otaczającemu. Woda taka w czasie ruchu, rozdrobnienia, rozpylenia, co przy naglejszym spadku nastąpić musi, wydziela tém większą ilość H_2S, z czém połączone jest zarazem odtlenienie powietrza w większym rozmiarze.

Obok nadmienionego składnika cechującego wody siarczane, zawierają te ostatnie: CO_2, węglany, chlorki, siarkany, siarczki, podsiarczyny, wytwarzające się z H_2S, z którego w pewnych warunkach może się wytworzyć SO_2 i SO_3, których tu jednak nie było.

Ze składników w mowie będących CO_2, a mianowicie H_2S, należą do ciał działających nieprzyjaźnie na ustrój zwierzęcy, a ostatni działa nie tylko w ten sposób, że sam przez się, ale nadto przez odtlenienie powietrza atmosferycznego czyni ostatnie mniéj przydatném dla sprawy oddychania.

Odtlenienie powietrza w tym przypadku było tém znaczniejsze i naglejsze, czém większa płaszczyzna szybu przez warstwę wody spadającéj została zajętą; a jeżeli woda przedarłszy nagle tamę, chwilowo znaczną część lub może całkowitą prawie płaszczyznę szybko zajęła, natenczas przystęp powietrza oddychalnego mógł chwilowo w zupełności być

przerwany; warstwy zaś poniższe powietrza, po większéj części odtlenionego gazem H_2S, jakotéż gazem CO_2 przepełnionego, w ogóle dla sprawy oddychania nieprzydatnego, przez siłę opadającéj wody wpędzone zostały do horyzontu III, w którym robotnicy uderzeni nagle takiém powietrzem nieoddychalném rzucili się twarzą na ziemię, poczém ich nadto woda zalała i wszelki przystęp powietrza wzbroniła.

Przyczynę śmierci przez uduszenie w tym przypadku należy na każdy sposób odnieść do powietrza nieoddychalnego, które powstało skutkiem spadku i rozproszenia się wody siarczanéj. W powietrzu tém znajdowały się głównie: H_2S, CO_2, N, para wodna, a w ostatniéj poniekąd wszelkie inne składniki wody w zawieszeniu, tlen, ostatni jednak względnie w najmniejszéj ilości, a mianowicie w mniejszéj aniżeli się znajduje w powietrzu atmosferyczném. Zniżka zaś ta tlenu wywołaną została przez wydzielanie gazu H_2S ze spadającéj wody siarczanéj.

Nadmienić tu zarazem wypada, że nie jest koniecznem, aby w takich razach w ciele zwierzęcia padłego H_2S przez zmianę ciałek krwi lub też przez zmianę obrazu widmowego téjże oznajmić się musiał w każdym razie.

Czy przyczynę śmierci przez uduszenie w tym przypadku przypisać należy nagromadzeniu w nadmiarze gazu CO_2, nie da się bliżéj oznaczyć; aby jednak robotnicy życie postradali skutkiem pochłonięcia CO_2 wytworzonego w końcu z własnego ustroju, nie zdaje się być prawdopodobném, gdyż naprzód do wypełnienia przestrzeni (któréj rozmiar nie jest nam znany) podobnie wytworzonym gazem CO_2 aż do odpowiedniego zagęszczenia potrzeba nieco czasu, a następnie oddychanie w takich razach przecież jakiś czas jest jeszcze możebném; śmierć w tym przypadku, o ile domyślać się można, nastąpiła nader szybko (w czasie, w którym świadek T. przybiegł z horyzontu III, gdyż po natychmiastowym powrocie wraz ze skrzynią już towarzyszy zastał nieżywych),—a tłumaczenie nieszczęścia w sposób wyż namieniony polega na okolicznościach, które skutkiem gwałtownego spadku wody siarczanéj wystąpić muszą, zwłaszcza w miejscu zamkniętém.

Na tém zamknięto dochodzenia. Sąd uchwalił zaniechać dalszego śledztwa. Grób pochłonął ofiary nieszczęśliwego zajścia; nie moją jest rzeczą zastanowić się nad pytaniem, czy urządzenie kopalni odpowiadało wszelkim wymogom, — czy nie można było zapobiedz w części katastrofie; — nie ulega zaś zaprzeczeniu, że w chwili stanowczéj, gdy się rozchodziło o życie 5ciu ludzi, zdarzył się „przypadek,“ że urwał się dzwon, — że następnie zdarzył się drugi „przypadek,“ że skrzynia odmówiła usług. Jeżeli rzeczą jest pewną, że robotnicy zginęli z „gazów nieoddychalnych,“ to niemniéj jest pewném, że kopalnia nie posiadała odpowiedniego przyrządu wentylacyjnego, a potrzeba dopiero było przerażającéj katastrofy w teatrze wiedeńskim, aby krwawemi głoskami wypisać i każdemu namacalnie wykazać potrzebę nieodzowną takiego przyrządu we wszystkich miejscach zamkniętych, zwłaszcza podziemnych. W obec nader szybkiego rozpościerania się gazów dodatnio szkodliwych czyli trujących, z jakiegokolwiekbądź źródła powstałych, ani tebańskie wrota ani liczne i wygodne schody nie uchronią wszystkich od zguby; nierównie więcéj poradzą przyrządy wentylacyjne.

W przypadku wyżéj opisanym ostatecznie nie zostało stanowczo wyjaśnionem, jaki gaz trujący lub jakie gazy stały się przyczyną śmierci robotników. Myśmy się oświadczyli za działaniem gazu CO_2, i to drogą wykluczenia, polegając na objawach nie licujących ze zmianami, któreśmy spostrzegli byli w kilku przypadkach śmierci z gazu kloacznego, oraz na rezultatach, do których doszli byli do owego czasu inni badacze, zwłaszcza Eulenberg, który jako autor dzieła *„Die Lehre von den schädlichen u. giftigen Gasen, Braunschweig* 1865“ w téj mierze był powagą. Rozpatrzmy się atoli, jak rzecz się przedstawia według obecnego stanowiska nauki, która pod tym względem w ostatnich kilku latach znaczny zrobiła postęp.

W nauce o otruciu gazem kw. siarkowodowego panuje dotąd zamęt, pochodzący ztąd, że nie wszyscy piszący o tém otruciu znają dokładnie literaturę, że następnie identyfikowano gaz kloaczny, który obok H_2S mieści w sobie inne jeszcze gazy, z czystym gazem kw. siarkowodowego, że wreszcie jeden powtarza za drugim rzeczy, odnoszące się już to do doświadczeń czynionych na zwierzętach w rozmaity sposób za pomocą gazu H_2S, już téż to do doświadczeń, nabytych na podstawie sekcyj, robionych na ludziach zmarłych w gazie kloacznym. Nie przyczynia się zaś do usunięcia zamętu, jeżeli piszący o tym przedmiocie przechodzą do porządku dziennego nad pracami ważnemi; tak np. prof. Tamassia w Pawii w pracy swéj doświadczalnéj, ogłoszonéj w r. 1880 pt. *„Sull'azione tossica dell'acido solfidrico“* nie korzystał z rozprawy Lewina w Berlinie (w archiwie Virchowa t. 74, z. 2 z r. 1878), a prof. Seidel w Jenie, pisząc (w II tomie dzieła Maschki w r. 1882) o otruciu gazem kloacznym nie wiedział ani o rozprawie Lewina, ani o pracy Tamassii. Nic więc dziwnego, że i w innym podręczniku, ogłoszonym w roku bieżącym w Niemczech, błędne podano szczegóły o tém otruciu. (Dok. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Leczenie przeciwgorączkowe.

Sprawozdanie z dyskusyi na Zjeździe niem. dla medycyny wewnętrznéj.

Podał Dr. Pisek.

(Dokończenie. Patrz. Nr. 22).

Jürgensen wykazuje konieczność podtrzymywania sił chorego wśród trawiącéj go gorączki. Leczenie zimną wodą o tyle jest jeszcze korzystniejszém, że obok niego można i wyskok zastósować celem choć częściowego wynagrodzenia strat poniesionych przez organizm skutkiem gorączki.

Co do wyników leczniczych, oświadcza się, że śród używania sposobów w mowie będących prócz „przedziurawień lub krwotoku“ nie wydarzyły mu się inne przypadki duru śmiercią kończące się, również nie zauważył cięższych chorób następowych.

Curschmann żąda krytycznego rozbioru i odpowiedzi na pytanie, kiedy i jak często należy w durze brzusznym a zatém w chorobie typowéj dla leczenia przeciwgorączkowego, konsekwentnie i w znaczniejszych rozmiarach używać zimnych kąpieli i leków przeciwgorączkowych. Długie lata eksperymentując na znacznym materyjale przyszedł wreszcie C. do przekonania, że skombinowane leczenie wodą i chininem jest najodpowiedniejsze. Mowca sądzi, że może nieco przesadnie używają obecnie zimnych kąpieli i leków przeciwgorączkowych,

wrażenie takie czynią na nim i postępowania Jürgensena i Riessa. Zdaniem C. przypadki niepowikłane duru brzusznego i bez silniejszych zabiegów leczniczych pomyślnie się kończą. Na stu do stupiędziesięciu chorych durzycowych umiera 6 — 7% a odliczywszy przypadki krwotoków jelitowych i przedziurawień, którym żadna z metod leczniczych zapobiedz nie zdoła, otrzymałby C. stosunek śmiertelności nawet 3—4% zatém daleko korzystniejszy od Riessa.

Nieliczne powoli oziębiane kąpiele Ziemssenowskie w połączeniu z chininem (1—1·5 grama) zaraz potém podaną, były zawsze pomyślnym skutkiem uwieńczone.

Na zakończenie wypowiada C. godne uwagi zdanie, że wątpić należy, czy stósowném jest sztuczne utrzymywanie chorych ciągle w ciepłocie znacznie niższéj względnie do stanu gorączkowego. Niebezpieczeństwo gorączki leży tylko w jéj ciągłości.

Przemówienie Binza dotyczyło pytania, czy leczenie gorączki bywa tylko objawowém, jak twierdził Riess, lub téż przyczynowém. O lekach przeciwgorączkowych wewnętrznie podawanych twierdzi Binz stanowczo, że działanie ich jest przyczynowém. Wiadomości nasze o skutkach kwasu salicylowego w gośćcu stawowym zmuszają nas do przypuszczenia, że zniesionym tu bywa przez podany specyfik „bodziec gośćcowy," czyli jak się Binz wyraził, wywołuje się „*eine acute Lähmung des Rheumatismusirritamentes.*" Toż samo tyczy się skutków rtęci w przypadkach kiły i gorączki kiłowéj, jodu przeciw owrzodzeniom kiłowym a chininu i arszeniku w zimnicy. Są to „specyfiki działające zabójczo na odnośne jady."

Gerhardt upatruje w leczeniu przeciwgorączkowém, w obec dawniejszego terapeutycznego nihilizmu szczególniéj w chorobach tak ciężkich, jak w durze i zapaleniu płuc, znakomity postęp w nowoczesnéj wewnętrznéj terapii. W dalszym ciągu swego przemówienia stwierdza uwagi poprzedników.

Rühle nie może pominąć dawnego leczenia duru kalomelem. (Wielkie uznanie należy się Rühlemu, że przypomniał zebranym klinicystom kalomel. Przegląd pobieżny dawniejszych spostrzeżeń wykazuje bowiem niezwykłe pomyślne wyniki. Obok jodku potasu kalomel w zeszłym i w pierwszéj połowie naszego stulecia jako lek swoisty duru używał nadzwyczajnego a powiedzmy otwarcie, i zasłużonego rozgłosu. Nie wdajemy się tu w wykazanie „etyjologii używania" tego środka. Wszakżeż tacy koryfeusze wiedzy lekarskiéj jak Schönlein, Traube, Wunderlich gorąco zalecali i konsekwentnie używali w durze kalomelu. Sam Liebermeister w swéj monografii duru w podręczniku Ziemssenowskim stwierdza w nader licznych przypadkach skrócenie czasu trwania choroby. *Przyp. Sprawozd.*) Rühle stwierdza ponownie własności kalomelu obniżania ciepłoty i to w dość znacznym stopniu.

Przyczynę leczniczych pomyślnych skutków kalomelu upatruje Rühle w tém, że wątroba w durze brzusznym bywa zazwyczaj niedokrewną, żółć zaś jasną i wodnistą, że jad durzycowy prawdopodobnie do ustroju się dostając, usadowia się może przedewszystkiém w wątrobie. Jeżeli tedy uda się zwiększyć wydzielnicze czynności tego narządu, to zarazem do pewnego stopnia wydala się i „jad durzycowy," co wpływa na łagodniejszy przebieg choroby (zakażenia). [1])

[1]) Jeżeli się nie mylimy jest to tylko zastósowanie dawnéj, prastaréj zasady: „Qui bene purgat, bene medicabit." do nowszych pojęć. *Przyp. Sprawozd.*

Binz przypomina prócz tego energiczną dezinfekcyję jelit przez sublimat powstający z kalomelu w jelicie cienkiém i sądzi, że i téj własności należy się uwzględnienie przy sprawiedliwéj ocenie kalomelu.

Mayer (z Akwizgranu) ubolewa, że nie wszyscy klinicyści konsekwentnie używają leczenia właśnie omawianego, że pedyjatrzy niektórzy jak Henoch i Steffen prawie lekceważąco traktują całe leczenie przeciwgorączkowe. Obawę tych lekarzy o zapad po kąpieli uważa M., według swych licznych doświadczeń, za nieuzasadnioną.

Liebermeister, zabierając ostatni głos, uwydatnia znakomitą terapeutyczną wartość leczenia przeciwgorączkowego według znanych jego, Jürgensena i innych zasad i powiada że:

„antyseptyczne leczenie wcale nie wyklucza innego stósownego sposobu leczenia; w chorobach, dla których znane są niezawodne swoiste środki (zimnica, ostry gościec stawowy, kiła), jest oczywista zbyteczném leczenie przeciwgorączkowe. W świeżym durze brzusznym używa kalomelu; niestety jednak działanie swoiste środka tego nie jest tak pewném, iżby *Antipyresis* dla przeważnéj liczby przypadków cięższych zbyteczną się stała. Jeżeli kiedyś, co przecież niepodobném nie jest, także i dla duru i innych chorób zakaźnych istnieć będą leki niezawodne, swoiste a nieszkodliwe, to ogół lekarski z chęcią od leczenia przeciwgorączkowego odstąpi. Jak na teraz leczenie to jest niezbędném."

Dr. L. Lewin: **Kilka nowych sposobów podawania kwasu garbnikowego.**

Dr. L. Lewin, docent farmakologii w Uniwersytecie berlińskim, przekonał się na podstawie dłuższych doświadczeń, że tannin nie we wszystkich swych połączeniach jednakowo skutecznie działa. Tannin w niektórych swych połączeniach jest o wiele łatwiéj rozpuszczalny, a ztąd w znacznie krótszym czasie a także i w większéj ilości dostaje się do obiegu krwi, i może tym sposobem nawet silnie działać ściągająco na inne narządy. Ma to praktyczne znaczenie szczególniéj w białkomoczu niewywołanym zmianami anatomicznemi destrukcyjnemi w nerkach.

Jako takie łatwo się przyswajające połączenia tanninu poleca L. Lewin:

1) Garbnikan sodowy *Natrum tannicum.* Połączenie to ulega najłatwiéj resorbcyi. Rozczyn téj soli należy przechowywać w dobrze zatkanéj flaszce w miejscu ciemném, w przeciwnym bowiem razie lek ten się łatwo rozkłada. Nie należy również zapisywać więcéj nad ilość potrzebną na jeden lub najwyżéj dwa dni. Formułka brzmi:

Rp. Solut. acid. tannici 1,0—5,0: 150,0
Adde
Solut. natri bicarbon. q. s. ad react. alcalin.
DS.

2) Garbnikan białka *Tanninum albuminatum* Przyrządza się w następujący sposób: 100 grm. nasyconego rozczynu tanninu kłóci się dobrze z białkiem jednego jaja rozpuszczonego również w 100 grm. wody. Z początku tworzy się serowaty osad, który jednakowoż po dalszém dodaniu rozczynu białka rozpuszcza się z łatwością. Rozczyn ma wejrzenie opalizujące, smak ma bardzo mało cierpki, a chorzy go znoszą znakomicie:

Rp. Solut. acid. tannic. 2,00:100,00
Adde agitando
Solut. album. ovi un. 100.00
DS.

Osłony błoniaste rozpuszczonego białka należy odsączyć.

3) *Tanninum albuminatum alcalinum.* Połączenie to, najodpowiedniejsze do dłuższego stosowania, zawiera garbnikan sodowy i garbnikan białka. Otrzymuje się go, strącając białko jaja kurzego kwasem garbnikowym, a osad rozpuszczając w dwuwęglanie sodowym. I ten preparat jest dość nietrwałym, i należy jednę porcyję najwyżéj na dwa dni ordynować.

Rp. Acid. tannici 2.00—5.00
Aq. destillat. 100.00
Adde agitando
Album. ovi un.
Natri bicarb. solut. q. s. ut fiat
Solut. limpida
DS..

Co do różnych używanych niewinnych dodatków dla poprawienia smaku lekarstwa, to najlepiéj unikać ich przy wszystkich trzech preparatach kwasu garbnikowego. *(D. m. Wochenschrift.* 1882, Nr. 6) *Dr. Kopff.*

M. Gruenstein: **Utrata powonienia i smaku skutkiem urazu głowy.**

Autor opisuje następujący ciekawy przypadek: Dziewczyna zdrowa, silna, 22-letnia, upadła gwałtownie na tył głowy, poczém straciła na 24 godzin przytomność. Drgawek lub innych podobnych objawów nie było. Skoro przyszła do przytomności, uskarżała się tylko na ból głowy w miejscu uderzenia (zewnętrznie) i niemiłe uczucie próżni, które przy ściśnięciu głowy obydwiema rękami się zmniejszało. Osłabienie przytém było tak znaczne, że chora z ciężkością tylko mogła się podnieść na łóżku. Porażenia jednak lub parezy jakiéjkolwiek nie było ani śladu. Mała ranka na lewo od środka kości potylicowéj zabliźniła się szybko, pozostawiając przy dotyku bolesną bliznę. Jedyną zmianą, stale się utrzymującą, jest zupełna utrata zmysłów smaku i powonienia. Pacyjentka, dawniéj nader wrażliwa na gorycz chininu, teraz wcale téj goryczy nie czuje. Również pacyjentka nie czuje smaku zgęszczonych rozczynów soli kuchennéj, cukru, kwasu winowego. Zmysł dotyku i ciepłoty języka zdaje się być zupełnie niezmienionym. Co do powonienia to chora wcale nie czuje ani zapachu kawy, herbaty, ani wody kolońskiéj, kamfory i terpentyny. Na podrażnienie błony śluzowéj nosa oddziaływa zupełnie prawidłowo. Amonijak wywołuje łzawienie i kichanie. Pod innemi względami pacyjentka nader prędko powróciła do zdrowia. Choréj podawano *Kalium jodatum,* poczém w ciągu roku chora odzyskała w znacznéj części zmysły utracone.

Autor jest zdania, że nastąpiło tutaj wynaczynienie krwi do ośrodka zmysłów smaku i powonienia, do *Gyrus uncinatus* jednéj strony. Wynaczynienie musiało wystąpić tylko po jednéj stronie, bo trudno pojąć i przypuścić, aby mogło wystąpić symetrycznie w obu półkulach mózgowych. Ponieważ zaś Mequert udowodnił, że włókna nerwu węchowego po wyjściu z *Gyrus uncinatus* krzyżują się, więc wnosi ztąd autor, że uszkodzenie tego zwoju po jednéj stronie wystarczy do zniesienia czynności ośrodka zmysłu powonienia po obydwóch stronach. (*Centralbl. f. Nervenheilkunde u. gerichtl. Psychopathologie* 1882, Nr. 7). *Dr. Kopff.*

Wiadomości pomniejsze.

(L. K.) Dr. Javal. **Oświetlenie elektryczne ze względu na higijenę wzroku.** Javal, w wykładzie mianym w *Société de médecine publique,* zgadza się na podstawie licznych, własnych doświadczeń ze zapatrywaniem Ponceta, że światło elektryczne jest pod względem higijenicznym zupełnie nieszkodliwém. Widać to szczególniéj u robotników, którzy przy zajęciach w laboratoryjach są często narażeni na wpływ tego światła. Można nawet przypuścić, że światło elektryczne nietylko, że nie działa szkodliwie na wzrok, ale nawet usunie te szkodliwości, jakie powstają skutkiem pracy przy niedostateczném oświetleniu. Po udoskonaleniach zaprowadzonych w narządach do oświetlenia elektrycznego w ostatnich czasach, należy sądzić, że niedaleka jest chwila, w któréj światło elektryczne zastąpi inne rodzaje oświetlania nietylko w miejscach publicznych, ale i w domach. W dyskusyi, jaka się wywiązała nad tym przedmiotem, Fieuzal zgadza się zupełnie z zapatrywaniami Javala, uważa jednak za konieczne, aby obmyślano stosowne okulary dla osób, które muszą dłuższy czas pracować przy świetle elektryczném. Do ochrony oczu przed światłem gazowém okazały się najstosowniejszemi okulary niebieskie, do ochrony zaś przed światłem elektryczném można sądzić na podstawie dotychczasowych doświadczeń, że najstosowniejszemi będą okulary zabarwione niedokwasem chromu na żółto. Okulary takie najlepiéj chronią także przed światłem słoneczném. Trélat jest zdania, że z higijenicznego punktu widzenia oświetlenie elektryczne przewyższa bezwarunkowo wszelkie inne, dotychczas znane sposoby oświetlenia. Do pracy naukowéj w domu i w biurze uważa Chevallereau za najstosowniejszą lampę elektryczną, opatrzoną szkłem ochronném, żółto czerwonawém. Du Mesnil ma do zarzucenia światłu elektrycznemu tylko niestałość w natężeniu światła i powstające często zmiany w barwie. Te jednak wady usunięto podobno zupełnie w lampach nowoudoskonalonych. (Prof. Saemisch). (*Ctrbl. f. allg. Gesundheitspflege,* 1882, z. 3).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.
Sekcyja lwowska.

Posiedzenie z d. 9 kwietnia 1881.

Przewodniczący Dr. Czyżewicz. Członków obecnych 20.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i zatwierdzono.

2) Przewodniczący zwraca uwagę kolegów na adres, który imieniem lekarzy polskich ma być wystosowanym do prezesa Akademii umiejętności w Krakowie Dra Majera i wzywa do umieszczania swych podpisów na przysłanych w tym celu kartkach.

3) Dr. Kilarski wnosi imieniem komisyi, wybranéj na ostatniém posiedzeniu do sprawy nadużyć w sferze lekarskiéj, aby Sekcyja, zanim się uda po interwencyję do kompetentnych władz, wprzód sama za pośrednictwem swego biura wytknęła komu należy z kolegów niewłaściwość postępowania, dopiero gdy takie wezwanie nie odniesie skutku, biuro ma skierować rzecz na drogę urzędową. Po rozprawie, w któréj biorą udział kol. Lachowicz i Rieger, zgromadzenie przyjmuje wniosek sprawozdawcy.

3) Dr. Pawlikowski miał odczyt „o zdrojowiskach krajowych“, który zakończył szeregiem wniosków, mających na celu uporządkowanie tych zakładów stosownie do wymogów higijeny i wygody. Jako rzecz pożądaną prelegent uważa wydanie ustawy zdrojowéj, opartéj na zasadach objętych swemi wnioskami. W rozprawie Dr. Widmann wnosi, aby sprawę poruszoną przekazać komisyi, złożonéj z prelegenta tudzież kolegów Me-

runowicza i Riegera, w celu rozpatrzenia jéj i przedłożenia odpowiednich wniosków. Wniosek ten przyjęto.

5) Dr. Rieger odczytał sprawozdanie z nowego rozbioru źródeł Truskawieckich. (Rozbiór ogłoszony następnie w osobnym dodatku do Przeglądu Lek.). Sekretarz *Dr. Jana.*

Posiedzenie z d. 30 kwietnia 1882.

Przewodniczący Dr. Czyżewicz. Członków obecnych 18.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany i przyjęty.

2) Dr. Rieger przedstawia słuchawkę zmodyfikawaną przez Dra Madera, prymaryjusza wiedeńskiego. Modyfikacyja polega na obrączce gumowéj, którą się zakłada na koniec piersiowy bez wszelkiéj ujmy dla wyraźności i pełności tonów przewodzonych. Korzyść dodatku powyższego polega na tém, że słuchawka przylega dokładnie do klatki piersiowéj nawet u osób wychudłych, i można ją mocniéj przycisnąć bez sprawienia przykrego uczucia nawet chorym z bolesnemi cierpieniami opłucny, serca itd.

3) Dr. Merunowicz imieniem komisyi, wybranéj na ostatniém posiedzeniu do sprawy zdrojowisk krajowych, przedkłada następujące wnioski:

1. Udać się za pośrednictwem Rady Zawiadowczéj Tow. do Sejmu krajowego z prośbą o rychłe uchwalenie ustawy zdrojowéj.

2) W téj saméj drodze udać się do c. k. Namiestnictwa z prośbą, aby takowe na mocy ustawy zdrowotnéj z dn. 30 kwietnia 1870, przyznającéj c. k. Rządowi nadzór zwierzchni nad zdrojowiskami, raczyło zarządzić;

a) aby lekarze powiatowi w czasie pory letniéj przynajmniéj raz na miesiąc zwiedzali zdrojowiska, położone w ich powiatach, i baczną zwracali uwagę na wszystko, coby dla zdrowia gości mogło być szkodliwém.

b) aby inspektorowie zdrojowi ściśléj wglądali we wszystkie sprawy, objęte ich instrukcyją służbową.

c) aby do takich zdrojowisk, w których nie ma inspektorów zdrojowych, c. k. Starostwo właściwe wysyłało przynajmniéj raz w miesiącu komisarza z władzą i zadaniem inspektora zdrojowego.

d) aby c. k. Starostwo właściwe czuwało nad usunięciem usterków, wytkniętych przez inspektorów zdrojowych lub zastępujących ich komisarzy.

Wnioski powyższe zgromadzenie przyjmuje w całości.

4) Dr. Pawlikowski odczytał rozprawę obszerniejszą „o szczepieniu ospy“, która ma być osobno ogłoszoną.

Sekretarz *Dr. Jana.*

Posiedzenie z d. 28 maja 1881.

Przewodniczący Dr. Czyżewicz. Obecnych członków 13.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący wzywa kolegów do licznego uczestnictwa w Zjeździe lekarzy i przyrodników, który się ma odbyć w lecie.

3) Sekretarz czyta list p. Karłowicza, właściciela Snopkowa, którym zawiadamia o urządzonéj tamże mleczarni dla Lwowa wedle wskazówek komisyi mleczarnianéj, wybranéj swego czasu z łona Sekcyi, i prosi o zbadanie urządzonéj mleczarni. Zgromadzenie uchwala czynność tę przekazać téj saméj komisyi mleczarnianéj, co kol. Littich obecny na posiedzeniu przyjmuje do wiadomości imieniem komisyi.

4) Dr. Merunowicz imieniem innéj komisyi, wybranéj swego czasu dla miejsc klimatycznych w Galicyi, przedkłada sprawozdanie z zarządzonych przez nią dochodzeń. Zgromadzenie uchwala sprawozdanie ogłosić w organie (p. Przegląd Nr. 24 z d. 11 czerwca 1881) po przeprowadzonéj rozprawie, w któréj zabierają głos kol. Jasiński, Laszkiewicz, Różański, Strojnowski i Żuliński.

5) Dr. Jasiński zwraca uwagę kolegów na rozprawę popularną „o grzybkach niższego rzędu“, wydaną we Lwowie przez b. prof. fizyki Dra Urbańskiego, która w sposób przystępny dla ludzi wykształconych zwraca uwagę ogółu na zdobycze naukowe, poczynione na tém polu w latach ostatnich i na ważność ich dla zdrowia i gospodarstwa domowego.

W rozprawie zabierali głos kol. Merunowicz i Różański.

Sekretarz *Dr. Jana.*

V. Lekarze i leczenie w Turcyi.

Podał **Dr. W. Jabłonowski**

w Kutahii w Anatolii.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 22).

Największa ilość tych domniemanych chirurgów są to dawni kawiarze lub balwierze, noszą strój bardzo wyszukany i zwykle posiadają dość znaczną fortunę. Bo też najnieznaczniejszy skutek ich opaski, otrzymany często dzięki siłom natury lub téż lekkości samego przypadku, wystarcza do zapewnienia im powodzenia. Przypadki jednak z nieszczęśliwém zejściem nie są rzadkie w praktyce tych wychowańców natury. Winni jednak nigdy nie podpadają karze, a to z powodu, że takiém było przeznaczenie leczonego człowieka. Zawsze tu bowiem wola Opatrzności przybywa z pomocą miejscowemu znachorowi i tłumaczy błędy przezeń dokonane. Najśmieszniejszém jednak i najbardziej szkodliwém jest to, że ci domniemani chirurdzy, obok całéj swéj zarozumiałości, nie ograniczają się do nastawiania tylko złamań, lecz przy stosownéj sposobności odważają się leczyć i choroby wewnętrzne, a nawet i przypadki położnicze. W ten sposób w małych zwłaszcza wioskach zdarza się spotkać robotnika, który przypadkiem widział sposób leczenia złamań. To mu już wystarcza do używania tytułu chirurga i do najswobodniejszego leczenia łatwowiernych sąsiadów. Daléj pomału zdobywa sobie i nazwę zdolnego lekarza, najprzód śród swoich a następnie i w okolicy. A wtedy bierze się do leczenia wszystkich bezwarunkowo cierpień, zaczynając od lekkiego bólu głowy, ropni zapalnych, czyraków, nie ociągając się wcale z podawaniem swych rad nawet w bardziéj powikłanych przypadkach. W każdym jednak razie zwykł się rekomendować jako chirurg tylko, leczący inne cierpienia jedynie z musu, nie mając się kim zastąpić. I to tłumaczenie się wyborny wpływ wywiera. Praktykując zaś po wsiach pośród mieszkańców silnie zbudowanych, wytrwałych, których ustrój nie jest podminowany szkodliwemi wpływami miast, chirurg domorosły rzadko uskarża się na niepowodzenie. Gdy jednak spotka się z chorobami zakaźnemi, panującemi nagminnie, gdy śmiertelność nie da się pohamować opaską lub ziołami, to i wtedy specyjalista nasz znajduje drzwiczki do wyjścia, przypisując wszystko woli przeznaczenia lub przejazdowi jakiegoś cudzoziemca.

Powiem jednak, że specyjalność lekarska na Wschodzie posuwa się często jeszcze daléj; ponieważ liczne choroby kobiece bez różnicy nazywane tu „Gelendżyk“, bywają również leczone przez podobnych specyjalistów, tym razem tytułujących się „gelendżykczy“. Są to zwykle stare kobiety, używające jedynego na wszystko środka, którym jest płyn ciemno-czerwony, bardzo gorzki, niewiadomego składu. Jednak rozbiór chemiczny wykazał, że w leku tym przeważają pierwiastki mające własność moczopędną i orzeźwiającą. Znachorki zaś, zajmujące się leczeniem chorób kobiecych, cieszą się również bardzo dobrém powodzeniem, ponieważ liczba osób dotkniętych chorobami o siedlisku nieokreśloném, jest tu bardzo znaczną. Kobiety więc cierpiące na bladnicę, niedokrewność, macicznictwo itp. szukają wyłącznie prawie pomocy u starych znawczyń, na pierwszy rzut oka rozpoznających cierpienie, i dostarczających chorym zawartego w buteleczkach tajemniczego środka, który

zalecając brać codziennie świeży, dobrze każą sobie zań płacić. Własności zaś tego gorzkiego kordyjału są tak liczne, że nietylko w cierpieniach kobiecych, ale nawet w chorobach zakaźnych, zimnicach, zołzach, a głównie we wszystkiém, co się przedstawi do leczenia, użycie tego środka znajduje obszerne zastosowanie. Bo i o cóż tu się dba najwięcéj? Oto mianowicie, ażeby rada pochodziła od staréj kobiety, a wtedy choćby nawet i nie nastąpił pożądany skutek, to zawsze wiara w potęgę leku w niczém niezostanie osłabioną.

Wreszcie dla uzupełnienia charakterystyki domorosłych lekarzy w Turcyi, nie podobna mi pominąć milczeniem innego znowu rodzaju specyjalistów, wywierających także wielki wpływ na swych współobywateli. Są to specyjaliści, których wypada mi nazwać duchownymi, ponieważ jedyną podstawą ich leczenia jest pośrednictwo wiary. Nie wiele oni zwykli czynić złego; ale téż i dobrego nie podobna się od nich spodziewać. W ogóle są to ludzie już podeszłego wieku, ogniści fanatycy i najczęściéj duchowni świeccy zwani „Hodża“ lub włóczęgi mnisi, owi sławni „Derwisze.“ Podstawą ich leczenia jest głębokie zaufanie, że ich praktyki religijne zawsze są zdolne usunąć choroby, ponieważ takowe nie są dla nich czém innèm, jak tylko djabłem, który przyjął formę chorobową ku większemu dręczeniu biednego człowieka. Otóż ci poczciwcy posiadają dar pewnych szczególnych zaklęć, które wymawiają nad głową chorego mrucząc lub wzdychając, albo téż wypisują swe zaklęcia na kawałku papieru i taki środek zabezpieczający od złego nazywają „Muska.“ Ponieważ zaś niewielkiéj żądają zań nagrody, łatwo udawało mi się nabyć podobny specyfik, celem zapoznania się z wypisaną na nim formułką. Napis jednak zawsze znajdywałem tak niejasnym, że zrozumieć jego znaczenie było zupełném niepodobieństwem, tak że chyba tylko sam djabeł, przeciwko któremu podobne zaklęcia były skierowane, był w stanie je pojąć. Tak zapisany kawałek papieru, dający go wrzuca do szklanki wody i takową każe natychmiast wypić choremu. Lub też cudowny ten papier bywa spalonym i chory oddycha tylko jego dymem. Inni znowu papier pokryty tajemniczém pismem zwijają w gałkę i otoczywszy go jedwabną tkaniną dobrze i silnie zaszytą wieszają na szyi chorego, zalecając mu noszenie podobnego amuletu w ciągu całego życia. Widoczna jednak, że środek ten posiada bardzo słabą siłę zabezpieczającą, ponieważ djabeł nie przestaje dręczyć chorego. Dodam jeszcze, że te tajemnicze napisy nie są jednakowe na wszystkie choroby. Z czego wynika, że noszący je przy każdym najmniejszym nieładzie ustrojowym, zmuszony bywa szukać nowéj i wyłącznéj „Muska,“ i w ten sposób po upływie pewnego czasu spostrzeże się szeregi woreczków zawieszonych na szyi i ramionach, zaszytych w okrycie głowy, u kobiet zaś wplatane w warkocze. Silna wiara rodziców w skuteczność podobnych amuletów czyni, że i małe dzieci bywają niemi pokrywane. W haremach mianowicie stale zwykło się spotykać małe wyrostki, zaledwie czołgające się po dywanie, a już noszące na szyi lub w haftowanéj czapeczce kawałki papieru zagrezmolone przez jakiegoś poważnego „Szeika“ lub włóczęgę derwisza. Jakkolwiek przekonanie w skuteczność amuletu nigdy nie słabnie, to jednak nieraz zdarza się słyszeć ciężkie narzekania a właściwie zdziwienie, dla czego choroba nie ustępuje pomimo noszenia tego cudownego środka. Wtedy to niepogoda, spotkanie po drodze znanego nieprzyjaciela, dochodzący dźwięk dzwonu lub wyschły kałamarz u piszącego, uważa się zwykle za powody wpływające na osłabienie własności amuletu! Czeka się więc pomyślniejszéj chwili. I z jéj nadejściem szuka się sposobu wzmocnienia cudownéj siły, zmieniając zaszarzany woreczek, lub téż otrzymując nowy przepis, poddając się okadzaniu i słuchając mruczeń uprzywilejowanego „Hodża!“

Że to się dzieje wpośród ludności ciemnéj i wierzącéj w siłę nadnaturalną, to wypada jéj przebaczyć, mianowicie w obec faktu odegranego niedawno przez duchowieństwo Ormian-katolików w Stambule. Oto bowiem oparci na zasadzie, że wiara uzdrawia a przynajmniéj, że dawniéj miała uzdrawiać, wielebni pasterze zbłąkanych trzód, w pełnym dziewiętnastym wieku, powtórzyli komedyjkę uzdrawiania chorych udających się do miejsc słynących cudami. Takiém zaś miejscem stał się własny ich kościół (położony na przedmieściu „Feryköi“), w którym znajdująca się statua matki Zbawiciela, a przy niéj studnia z wodą, miały nie tylko leczyć wszystkie cierpienia właściwe lub nie rodzajowi wierzących, ale nawet nawracać muzułmanów na łono prawdziwego kościoła! Że zaś dotąd w takim Stambule o cudach rzymsko-katolickich nikt nie myślał, a o ile wiem to stroniły one zawsze od miejscowości strojnéj wspaniałością swych meczetów, więc też wieść o cudownéj wodzie jednych zaintrygowała, w drugich rozbudziła ciekawość i tém samém pchnęła masy łatwowiernych ku cudownemu miejscu. Poczęto więc najprzód znosić ofiary; kieszenie i piwnice wielebnych zaczęły się wypełniać. Wodę pito i zabierano do domów wierząc z całą ufnością, że wyleczenie z nabytych cierpień nastąpi, ale dopiero po upływie pewnego okresu czasu! Poczciwi pielgrzymi dotąd jednak czekają, i kto wie czy nie pożałują wyrzuconego grosza, bo popularność cudownego miejsca coraz to bardziéj się zmniejsza, nikt z muzułmanów nie przyjął chrztu, a wiara w moc talizmanów w dawnéj pozostaje sile.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Zjazd II Lekarzy i Przyrodników czeskich w Pradze.

II.

I. Walne Zgromadzenie odbyte d. 27 maja rb.

W poprzednim numerze zwróciłem uwagę czytelników Przeglądu na bogactwo programu II Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich, położyłem nacisk na ścisłe i znakomite wykonanie tego programu; dzisiejsze sprawozdanie rozpoczynam od wyrażenia głębokiéj wdzięczności polskich członków Zjazdu Komitetowi gospodarczemu, który pracą i rozumem stawiając II Zjazd czeski na tak wysokim szczeblu, złożył tyle dowodów ujmującéj o nas pamięci.

Komitet gospodarczy stanowili: przewodniczący prof. Dr. Eiselt, członkowie: prof. Dr. Frič, prof. Dr. Kořistka, prof. Kreiči, prof. Dr. Studnička, prof. Bělohoubek, Dr. Berger, Dr. Czarda, prof. Dr. Čelakowský, prof. Durdik, prof. Houdek, Dr. Chodounsky redaktor Časopisu lékařů českých, doc. Dr. Janovský, Dr. Jandouš, doc. Dr. Maixner, Dr. Michl asystent, Dr. Nowak profesor szkoły technicznéj, docent szkoły techn. Pánek, dyrektor Pokorny, docent szkoły techn. Rayman, prof. Dr. Seydler, prof. Smolik, Dr. Thomayer asystent, docent Dr. Vejdowský, prof. Dr. Weiss, Dr. Bělohradský. Redaktorem Oznamowatela był Dr. Thomayer, asystent Uniw.

Zagajenie II Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich nastąpiło d. 27 maja w sali na wyspie Zofijskiéj, w któréj się odbyły oba walne zgromadzenia; piękna ta sala uroczyście została przystrojoną w festony, zieleń egzotyczną i popiersia NN. Państwa oraz Następcy tronu i Arcyksiężny Stefanii. Z osobistości wybitniejszych spostrzegliśmy posła Riegera, burmistrza miast prażskich Skramlika, radców namiestnictwa Piesslinga i Germana, dyrektora muzeum Náprstka, posła Tonnera i wielu innych; polscy delegowani, a za nimi polscy członkowie Zjazdu, zajęli pierwsze rzędy krzeseł.

Posiedzenie zagaił prof. Eiselt temi słowy:

Wysokie Zgromadzenie! W pamiętnéj dzisiejszéj dobie zeszliście się przedstawiciele wiedzy lekarskiéj i przyrodniczéj ku wspólnéj pracy naukowéj, wiedzeni gorącą miłością nauki. Epoka niniejsza, rok 1882, zaznaczy się na wieki w dziejach oświaty naszego narodu, gdyż potwierdzoną została przez Jego Apostolską Mość Cesarza Franciszka Józefa I. uchwała Rady Państwa, mocą któréj ustanawia się oddział na Wszechnicy Karola-Ferdynanda z wykładowym językiem czeskim. Pierwszy Zjazd Lekarzy i Przyrodników czeskich, z r. 1880, złożył dowody naszéj naukowéj pracy; Zjazd niniejszy jest dalszym rozwojem na drodze postępu a uświetnia go współudział wielkich dygnitarzy nauki, oraz zacnych i drogich nam wszystkim gości, uczonych polskich. Bogaty program odczytów, tak w dziale lekarskim jak i przyrodniczym świadczyć będzie przed całym światem o naszéj dojrzałości naukowéj. Na zdar pracy umiejętnéj! Komitet gospodarczy ogłasza II Zjazd Lekarzy i przyrodników czeskich otwartym (*Sláva*).

Po mowie prof. Eiselta nastąpiło powitalne przemówienie burmistrza miast prażskich.

P. Skramlik przemówił temi słowy:

„Cieszę się niezmiernie, że mi po raz drugi przypada cześć powitania Zjazdu Lekarzy i Przyrodników czeskich w naszym stołecznym grodzie.

Wymagania czasu dosięgły tych wyżyn, że tylko te narody mogą skutecznie się rozwijać, które biorą czynny współudział w wszechstronnéj pracy postępu, i że tylko wspólne z innemi narodami kroczenie po drodze tego postępu jest w stanie zapewnić narodowi szacunek i uznanie sąsiadów. W tym względzie najprędzéj prowadzą do celu nauki przyrodnicze, które rozjaśniając tajniki przyrody, najwięcéj przyczyniają się do szerzenia prawdziwego światła i dobrobytu. Wy szanowni panowie przyjęliście na siebie święty obowiązek szerzenia w narodzie naszym téj prawdziwéj wiedzy, i prowadzenia go w rzędzie z ościennymi ludami, a że zachody wasze nie są bezskuteczne, świadczy przybycie z braterskiéj Polski (*Sláva*) mężów wiedzy, którzy miłując postęp i naukę, owoce waszéj pracy uznali.

Witam więc Was ziomkowie i zacni goście polscy nie tylko w imieniu mojém, lecz imieniem całéj Pragi i przyjmcie życzenie gorące, ażeby prace wasze uwieńczyły się najpomyślniejszym skutkiem dla dobra ogółu (*Sláva*).

Po przemówieniu pana burmistrza zabrał głos prof. J. Kreiči i wniósł, ażeby przewodniczącym pierwszego walnego zgromadzenia wybrano prof. Eiselta; wniosek ten uchwalono z wołaniem sláva.

Prof. Eiselt wyraża swą wdzięczność za tak zaszczytny dla niego wybór i proponuje, ażeby wiceprezesami pierwszego walnego zgromadzenia obrano: prof. L. M. Jakubowskiego pierwszym, a prof. Čelakowskiego drugim. Zgromadzenie przyjęło propozycyję prof. Eiselta hucznemi oklaskami. Następnie Dr. Chodounský odczytał liczne telegramy, które stosownie od kogo i zkąd pochodziły, wywoływały silne i przyjemne wrażenie pomiędzy zgromadzonymi. Pierwszy wiceprezes prof. Jakubowski odczytał listę delegatów [1]), a następnie przemówił po polsku temi słowy:

Szanowne Zgromadzenie! Zabieram głos pod błogiém wrażeniem, przenikającém mnie w obecnéj chwili, gdy po wielu latach zawitawszy z kolegami mymi w gościnę do starożytnéj Pragi, spotykam tutaj dobrych znajomych i szczerych przyjaciół. Przed 20 laty opuściłem Pragę, unosząc z sobą najmilsze wspomnienia, a uczucia moje przez czas ten długi nie ostygły, lecz pozostałem stale wiernym druhem kolegów czeskich. I tym jedynie koleżeńskim i przyjacielskim stosunkom zawdzięczam, że dzisiaj zaszczycacie mnie godnością pierwszego wiceprezesa Zjazdu, stawiając mnie w możności, abym już nie jako jednostka miłujący braci Czechów, ale jako rzecznik wszystkich obecnych tu kolegów polskich, jakotéż w imieniu tych, którzy mimo najszczerszych chęci do Pragi przybyć nie mogli, wypowiedział Wam wyrazy pobratymczéj miłości i gorących życzeń szczęśliwego powodzenia Zjazdu! Panowie! Łączność na polu naukowém czeskiego i polskiego narodu trwa od wieków, a w ostatnich czasach stosunki naukowe Polaków z Czechami ściślejszemi kojarzą się węzły. Dążenia i powodzenia wasze żywo nas obchodzą! Z natężoną téż uwagą i bijącém sercem śledziliśmy sprawę ustanowienia Uniwersytetu czeskiego w Pradze, a szczęśliwy skutek usiłowań patryjotów czeskich najwyższą przejął nas radością! Gdyż wspólnym celem naszym jest, aby na polu nauki utrzymać w poszanowaniu imie polskie i czeskie; gdyż wspólnym obowiązkiem naszym jest, aby zapewnić i utrwalić warunki pracy w narodowych językach! Oto są węzły co nas łączą! oto są pobudki co elektrycznie wstrząsają dłoń polską z dłonią czeską!

Temi kierując się zasadami spodziewać się należy, że wspólne nasze Zjazdy przyrodniczo-lekarskie prawdziwy z czasem przyniosą pożytek dla obu narodów.

Przemówienie szanownego profesora przyjęto długotrwałém wołaniem sláva i hucznemi oklaskami.

Z wielką uwagą wysłuchało następnie Zgromadzenie odczytu Dra Holuba.

Znaczenie stanu lekarskiego w krajach zaoceańskich i jego pośredni wpływ na wiedzę i narodowe gospodarstwo w ojczyźnie i państwie.

Żałujemy niezmiernie, że odczyt ten za obszerny na ramy naszego pisma, zmuszeni jesteśmy streścić, a dodać musimy, że mieliśmy wielką trudność w streszczaniu, gdyż każda myśl Dra Holuba godna rozpowszechnienia.

Oto treść odczytu uczonego podróżnika:

Odczyt swój zaczyna prelegent od skreślenia tych powodów i pobudek, które zmuszają tak biednego Słowaka z pod Trenczyna jak bogatego Lorda Raglasa do opuszczenia swego rodzinnego kraju i puszczenia się w nieznane afrykańskie puszcze. Pierwszego bieda, niemożność utrzymania się na ojczystéj ziemi wygania do Afryki; drugi porzuca dostatki, bogactwa i opuszcza rodzinne strony, by wzbogacić swą wiedzę nowemi wiadomościami i spostrzeżeniami, a pracą i odkryciami przyczynić się do podniesienia ojczystéj nauki, i stać się pożytecznym swemu narodowi, a wreszcie zostać wiernym zasadom swoich przodków. A te zasady w narodzie zaledwie 33 milijony liczącym (Anglicy, Szkoci i Irlandczycy) aż

[1]) Listę delegatów ogłosił Przegląd w poprzednich numerach.

nadto uwydatniły się w rezultatach, do jakich doszedł przez dwa stulecia, panując nad milijonami różnorodnych narodów, władając niemal połową nowego świata. Doszedł do tego naród angielski zawdzięczając właśnie téj niepohamowanéj chęci poznawania tych odległych świata kończyn, badając te kraje ze stanowiska naukowego, handlowego, ekonomicznego i strategicznego. Wytrwała natura, wrodzona zdolność, zimną rozwagą stawienia czoła wszelkim niebezpieczeństwom na morzu i lądzie to były przymioty, które Anglikom zadanie to ułatwiły, i z ich to pomocą pokonali oni swoich rywalów Hiszpanów i Portugalczyków, a wreszcie Holenderczyków. Następnie autor przechodząc do Czechów, gorąco przemawia za czasową emigracyją do krajów półdzikich, obiecując powodzenie ludziom inteligentnym, a szczególnie lekarzom, którzy zawsze bardzo dobrze materyjalnie stać mogą. Jako przykład stawia znanego przemysłowca W. Naprstka, który przez czas swego pobytu w krajach zaatlantyckich zebrał ogromny majątek oraz zgromadził bogate naukowe zbiory. Takich pionierów cywilizacyi oby tylko było więcéj.

Daléj powiada autor: na podstawie moich długoletnich spostrzeżeń śmiem twierdzić, że ze wszystkich zawodów lekarz ma najwięcéj warunków do podjęcia pracy cywilizacyjnéj w krajach półdzikich. Jego nauka jest że tak powiem kosmopolityczna, wszechświatowa; ona otwiera mu drogę do rozmaitych badań i jest nadzwyczaj cenioną u wszystkich dzikich plemion. Nie mówię już o tém, jak wysoce uważany jest lekarz przez miejscowych osadników, dla których jest lekarzem, sędzią i księdzem. W skutek tego stanowisko lekarza jest nadzwyczaj wygodne i korzystne pomiędzy dzikimi, którzy lekarza uważają za coś wyższego, za osobę zostającą w bezpośrednim stósunku z silami przyrody i dlatego boją się go a przytém szanują. Choć skromna znajomość anatomii i fizyjologii pozwala lekarzowi zajmować się antropologiją i etnologiją; nawet powierzchowne wiadomości z nauk przyrodniczych pobudzają go do badań na polu przyrodniczém. Lekarz zresztą, będąc w styczności z tyloma tysiącami chorych, ma sposobność robienia spostrzeżeń nad stanem umysłowym tych ludzi, praktyka robi z niego psychologa, co nie jest znowu bez znaczenia dla dokładnego poznania tamtejszych plemion. Przypatrzmy się bliżéj, jaka może być korzyść dla wiedzy ojczystéj z reprezentanta naszéj nauki jako: *a*) lekarza, *b*) antropologa i etnologa, *c)* przyrodnika i *d)* psychologa. *a)* jeżeli lekarz świadom swego przeznaczenia sumiennie bada i badania należycie spożytkowuje, pożytek może być ogromy: czyni on spostrzeżenia co do endemicznych i epidemicznych chorób, poznaje nowe choroby, nieznane w ojczyźnie, bada przyczyny ich, które mogą być zależne czy to od klimatycznych warunków, lub też od właściwości tamtejszych mieszkańców, lub też od miejscowéj flory lub fauny; poznaje nowe leki stósowane przez miejscowych, w skutek czego przychodzi do rozmaitych nader cennych odkryć na tém polu, wreszcie śledzi za powstawaniem tych chorób, które jako zaraźliwe przenoszą się do Europy, tak że dokładne badanie, etyjologija tych chorób często może się przyczynić do usunięcia zła w samym jego zarodku. *b)* Rezultaty, jakie osiągnie lekarz, antropolog i etnolog, bywają bardzo bogate nawet przy szczupłych wiadomościach anatomicznych i fizyjologicznych. Rozjaśnienia niektórych spraw antropologicznych szukamy w obecnych czasach właśnie u takich dzikich plemion, a obcowanie z ludźmi należącymi do rozmaitych plemion przedstawia dla nas bogaty materyjał dla badań etnologicznych. Obserwujemy zresztą i miejscowych kolonistów, którzy czasem i po 200 leciech zachowują te same rysy charakterystyczne, te same zwyczaje, jakie mieli ich pradziadowie, żyjący w starym świecie w 12 lub 18 wieku. Obok tych porównawczych badań nad pokrewnymi nam plemionami, bogate pole mamy do robienia spostrzeżeń nad miejscowymi dzikimi narodami, którzy tylko dla lekarzy są względniejsi i pozwalają się obserwować, czynić rozmaite wymiary i t. d. Jako osobie mającéj największy do nich przystęp często się zdarza sposobność nabycia różnych cennych archeologicznych pamiątek i ochronienia tychże od zniszczenia. *c*) Lekarz jako przyrodnik dwojako może się przyczynić do wzbogacenia nauk przyrodniczych, *α*) jako zbieracz okazów przyrodniczych, *β*) oraz jako specyjalista w téj lub owéj gałęzi nauk przyrodniczych.

Powoli z małych zbiorów lekarskich powstają nader bogate muzea ciągle wzbogacane nowymi okazami, jakich te dzikie kraje w obfitości dostarczają.

d) Lekarz jako psycholog badając ciągle stan duszy tamtejszych mieszkańców, ma wielkie pole do poczynienia ciekawych i ważnych spostrzeżeń; nie spuszcza on z uwagi stosunków wewnętrznych, społecznych, politycznych i rodzinnych, co jest nader cennym przedmiotem dla jego studyjów psychologicznych. Jakiego uznania może doznać taki lekarz, niech nam zaświadczy przykład Dra Palgravé, gubernatora damarskiego. Lekarz poznawszy dokładnie naturę, charakter i obyczaje dzikich plemion, powinien to podać do ogólnéj wiadomości swoich ziomków i władzy miejscowéj, czém ułatwi następcom swoim dalsze poznawanie tych plemion. I dla domowego przemysłu może lekarz wiele dobrego zdziałać. Zwykle lekarz opuszcza swą ojczyznę na lat kilka lub kilkanaście, póki sobie nie zabezpieczy materyjalnego bytu, co nie jest znowu tak trudném, zważywszy że rocznie zarabia on przeciętnie do 1000 ft. sterlingów, a czasem 2000 a nawet 3000 funt. sterl. Z pieniędzmi temi wraca więc lekarz do swojéj ojczyzny, żeby sumy zarobione w cudzym spożytkować we własnym kraju. Wszelkie też potrzeby domowe zaspakaja on wyrobami własnego kraju, może być pośrednikiem między miejscową ludnością a przemysłowcami ojczystymi. Daléj lekarz zwraca uwagę na te produkta, które możnaby do własnego kraju sprowadzać i należycie zużytkować. Pod tym względem Dr. Atherstone z Grahamstownu położył nie małe zasługi i bardzo się przyczynił do podniesienia stanu ekonomicznego w Kapie i rozbudził handel dyjamentami.

Takim też był Dr. Evertt, członek parlamentu w Kapie i Drowie Trost i Köllner. Lekarz wreszcie może we własnym kraju za pośrednictwem dzienników przedstawić brak tych lub owych sił roboczych, czy to w rzemiośle, czy to w handlu, czy też w inżynieryi i pobudzić wychodźtwo w te strony. Tacy wszyscy, zyskawszy sobie jakie takie mienie, wracają do domu z gotowemi kapitałami i mogą się przyczyniać tém samém do rozbudzenia przemysłu i handlu we własnym kraju. W ten sposób lekarze niemieccy przyczynili się do wzmocnienia żywiołu niemieckiego w kolonijach angielskich południowéj Afryki. Nawet i lekarze amerykańscy osiedlają się w tych stronach i cieszą się ogólném uznaniem. Tak np. Dr. Mathews używa wielkiego znaczenia i jest członkiem parlamentu z miasta Kimberley. Drugi zaś lekarz Dr. Prinz podczas walki kolonii Quiqulandwest z sąsiedniemi plemionami sformował na własny koszt kompaniję ochotników dla obrony białych mieszkańców i tém ocalił ich od napadów dzikich plemion. Lekarzowi najłatwiéj zdobyć sobie

w cudzych krajach niezależne stanowisko, a zdobywszy takowe może z wielką korzyścią oddawać się pracy naukowéj na jakiémkolwiek polu. I Livingstone doszedł do świetnych rezultatów zawdzięczając je właśnie dokładnéj znajomości nauki lekarskiéj. Kończąc tém krótki rys o znaczeniu naszéj nauki w krajach zaoceańskich, muszę się zwrócić do naszéj młodzieży, poświęcającéj się medycynie, zachęcając ją do pilniejszych studyjów nad naukami przyrodzonemi, tak niezbędnie potrzebnemi w podobnych wyprawach. Stan lekarski tyle przedstawia dogodności, dlaczegóżby i młódź nasza lekarska nie chciała z nich korzystać dla własnego pożytku i dobra i dla sławy narodu i państwa?

Po skończeniu odczytu Dra Holuba, wygłoszonego pięknym męzkim głosem, w którym odczuć można było głębokie przekonanie szanownego prelegenta, przystąpiło Zgromadzenie do wyboru prezesa i dwóch wiceprezesów IIgo walnego Zgromadzenia; wybór zaproponowanych przez prof. Eiselta: prof. Šafařika na przewodniczącego, prof. Radziszewskiego pierwszym a Dra Wankla drugim wiceprezesem zgromadzenie przyjęło oklaskami.

Następnie Dr. Chodounský odczytał telegramy, które nadeszły podczas posiedzenia, a przewodniczący prof. Eiselt wezwał zgromadzonych, ażeby udali się do Měštanske besedě, gdzie nastąpić miało uroczyste otwarcie wystawy przyrodniczo-lekarskiéj. *Dr. A. Kwaśnicki.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 21—27 maja umarło w Krakowie na rok i 1000 mieszkańców 33,5 (z. t. 32,8). Z ospy umarło 4 (4 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z błonicy 1 (1 z. t.); z krztuśca 2 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 1 (0 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 7 przypadkach ospy, 2 płonicy 3 odry, 2 błonicy, 9 duru osutkowego. W tygodniu od 16—22 kwietnia ospa w Londynie złagodniała. Świeżo zapadło 56, leczyło się w szpitalach 342, umarło 16. W Wiedniu umarło 42, w Pradze 3, w Paryżu 19, w Petersburgu 42. W Warszawie umarło od 19—25 kwietnia 25, w Madrycie od 20—26 lutego 54. Odra nie złagodniała dotąd w Amsterdamie, Paryżu, Londynie, Kopenhadze, Manchestrze, Edynburgu i w Wiedniu. Z błonicy umarło wiele dzieci w większych miastach. Dur powrotny panował sporadycznie w Wiedniu, Warszawie, Maladze, Budapeszcie i Petersburgu.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 16 do 22 kwietnia umarło w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 39,0; we Lwowie 36,2; w Poznaniu 25,2; w Wiedniu 38,5; w Pradze 42,7; w Tryjeście 28,8; w Berlinie 24,8; w Wrocławiu 31,3; w Gdańsku 15,8; w Mnichowie 33,1; w Dreźnie 25,4; w Lipsku 19,7; w Bazylei 31,0; w Brukseli 26,4; w Amsterdamie 27,2; w Hadze 25,7; w Paryżu 31,3; w Londynie 20,4; w Kopenhadze 28,1; w Stokholmie 30,4; w Chrystyjanii 19,2; w Petersburgu 43,2; w Odesie 32,4; w Bukareszcie 31,7; w Madrycie 55,8; w Aleksandryi 32,4; w Nowym Yorku 32,4; w Filadelfii 23,8; w Bombaju 28,0. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 7 czerwca. Prezes Akademii Dr. Majer wybrany został Członkiem honorowym Towarzystwa lekarzy czeskich.

* *Cause célèbre* wiedeńska ostatecznie załatwioną została i to w sposób przez nas w Nrze 8 Przegl. Lek. z rb. przewidziany. Steinerówna już poprzednio uwolniona, uznaną została niewinną; Ferdynand Waschauer na podstawie orzeczenia psychijatrów, uznającego go za obłąkanego, przesłany został do działu obserwacyjnego w szpitalu powszechnym; sprawa sama nie została wyjaśnioną, ponieważ oględziny ponowne zwłok Baloghównéj i badanie chemiczne jéj trzew pozostały bez rezultatu. Dzienniki polityczne ogłaszają teraz listy pisane z więzienia przez Waschauera do rodziców; listy te świadczą także o obłąkaniu, jakkolwiek z drugiéj strony zdradzają niezwykłe w tak młodocianym wieku wykształcenie.

* W Cieplicach czeskich bawiło do d. 4 czerwca gości 2102, a w Luhaczowicach 89.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Wiedeń.** Prof. E. Hofmann mianowany został członkiem honorowym Tow. lekarskiego w Stokholmie. — Na posiedzeniu ostatniém Wydziału lek. Bamberger jako sprawozdawca komisyi odczytał referat w sprawie obsadzenia katedry opróżnionéj po Ducheku i przedstawił jako jedynego kandydata prof. Nothnagla z Jeny. Wniosek jego przyjęty został znaczną większością (18 głosów przeciw dwom głosom Alberta i Strickera), prof. Albert atoli zapowiedział *votum separatum.*—**Budapeszt.** Na opróżnioną katedrę medycyny sądowéj proponowani zostali: Drowie Bélky (dotychczasowy zastępca), Ajtai (w Klausenburgu) i docent Schlemmer (we Wiedniu).— **Praga.** Docent prywatny i prosektor Dr. Jan Chiari we Wiedniu mianowany został nadzw. profesorem anatomii patolog. w Pradze (po Klebsie).

* **Nekrologija.** Smutną, ale zarazem i piękną przychodzi się nam podzielić z naszemi czytelnikami wiadomością; smutną, bo donieść musimy znowu o śmierci jednego z kolegów, w sile jeszcze wieku będących, piękną, bo ostatnia wola zmarłego jest chlubą dla naszego zawodu.

Dnia 20 marca b. r. zmarł w Jaworowie w 50 roku życia Dr. Antoni Lachowicz. Urodził on się w Tarnowie, nauki lekarskie pobierał w Uniwersytecie Jagiellońskim, gdzie w r. 1855 otrzymał stopień doktora medycyny; tegoż roku został mianowany asystentem anatomii opisowéj w Krakowie przy prof. Voigcie, któryto urząd pełnił przez dwa lata. W roku 1856 uzyskał stopień doktora chirurgii. W następnym roku po uwolnieniu z posady asystenta pełnił przez krótki czas obowiązki lekarza wojskowego w szpitalu garnizonowym w Krakowie, poczém wyjechał za paszportem austryjackim do Kijowa, gdzie poddawszy się ścisłym egzaminom, wówczas jeszcze w języku niemieckim odbywanym, jeszcze tegoż samego roku uzyskał stopień doktora medycyny, a z nim i prawo praktykowania w Rosyi. Ś. p. Dr. Lachowicz osiadł następnie w Berdyczowie, gdzie w krótkim czasie zjednał sobie bardzo znaczną praktykę, tak w miejscu jak i w rozległych nawet okolicach; szczególnie jako operator cieszył się wielkiém powodzeniem i uznaniem w tamtych stronach. Wśród bardzo licznéj praktyki znachodził on zawsze czas i na pracę naukową i umieszczał swoje artykuły przeważnie w Przeglądzie naszym, a czasem i w pismach lekarskich warszawskich. Towarzystwo lekarskie w Kijowie mianowało go w r. 1864 swym członkiem; nie mniéj należał on jako członek korespondent do Towarzystwa krakowskiego, galicyjskiego i warszawskiego, któreto ostatnie Towarzystwo po przedłożeniu pracy przez nieboszczyka p. t. „Guzy krwawnicowe wewnętrzne znacznéj objętości“ zaliczyło go do grona swych członków. Przed kilku dopiero laty powziął myśl wyprowadzenia się z Berdyczowa a osiedlenia się w Warszawie, zkąd jednakowoż nieszczęściami familijnemi zniechęcony po bardzo krótkim pobycie wyjechał, a będąc cierpiącym w skutek rozwijającego się nowotworu na szyi, natury mięsakowéj, wrócił do kraju i zamieszkał we Lwowie w pobliżu familii; mimo dwukrotnego w ostatnich latach wyłuszczania nowotworu przez Billrotha uległ temu ciężkiemu cierpieniu.

Cały majątek, jedynie pracą swą zebrany, a około 100.000 złr. wynoszący, przeznaczył testamentem po strąceniu małych legatów familijnych na stypendyja dla kształcącéj się młodzieży i na inne cele dobroczynne. Cześć i spokój pamięci Męża, który całe życie poświęcił ciężkiéj i żmudnéj pracy lekarza praktykującego, a zebranych owoców nie wahał się złożyć na ołtarzu dobra publicznego. *K.*

W Krakowie umarł Maciej Bogdański, magister chirurgii, b. lekarz obwodowy w Chrzanowie za czasów rzeczypospolitéj krakowskiéj, licząc lat 82.

We Franzensbadzie umarł Dr. Karol Mayerhofer, prof. nadzw. ginekologii w Uniw. wiedeńskim, w 46 roku życia. Przed

kilku laty M. opuścił Wiedeń przenosząc się na praktykę do Rosyi, zkąd powróciwszy osiadł jako lekarz zdrojowy w Franzensbadzie.

W Nowym Yorku umarł słynny operator prof. Jakób Wood, urodzony w r. 1816.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 22: Sokołowskiego: O nerwobólach klatki piersiowéj, wikłających przewlekłe suchoty płucne; Pawińskiego: O t. zw. połowiczym skurczu serca (dok.); Wisłockiego: Chinin w kokluszu. — W *Medycynie* Nr. 22: Wigury: Kilka spostrzeżeń nad działaniem przetworów arsenowych.

Redakcyja otrzymała:

Prof. ALBERT (we Wiedniu): Lehrbuch der Chirurgie u. Operationslehre, III Band, 2te Aufl. Wien 1882, Urban et Schwarzenberg, in 8vo str. 567, z 126 rycinami. (Cena 6 złr. w. a.)

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie konkursu.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę Asystenta przy klinice położniczéj ginekologicznéj Uniw. Jagiell na dwa lata, od 1 października 1882 począwszy.

Posada jest połączona z roczną płacą 600 zła. i mieszkaniem.

Podania należy wnieść do 10 lipca b. r. na ręce Dziekana Wydziału lekarskiego.

Dr. Stopczański,
t. r. Dziekan Wydziału Lek.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 17 czerwca 1882. № 24. Rok XXI.

I. Kilka słów o hidroterapii suchot płucnych.

Napisał Dr. M. Gumplowicz,
Lekarz zakładu w Ober-Weindlingau.
(Dokończenie. Patrz Nr. 23).

Pozostały nam jeszcze do rozbioru z wymienionych poprzednio wskazań teoretycznych punkt czwarty, t. j. wskazania symptomatyczne do użycia hydroterapii, mianowicie przeciw krwotokom, potom, biegunkom i dla zahartowania ciała przeciw zaziębieniu. Gdy jednak ta strona kwestyi już wielokrotnie, z dokładną znajomością przedmiotu i wyczerpująco została opracowaną a nie spotykamy się na tém polu z nowemi odkryciami w rodzaju poprzednio wskazanych, nie chcemy powtarzaniem ogólnie znanych rzeczy zabierać tu miejsca i czasu.

Streszczając zatém w kilku słowach pogląd swój powyżéj określony możemy powiedzieć, że w suchotach płucnych hydroterapija

a) jest wskazaną:

1) jako środek higijeniczny dla zahartowania i wzmocnienia organizmu w pewnéj, ogółem mówiąc, znaczną mniejszość stanowiącéj liczbie przypadków, mianowicie takich, w których albo dopiero skłonność do suchót rozpoznajemy, lub w których zmiany miejscowe w płucach są nieznaczne, przebieg przeważnie bezgorączkowy a stan odżywienia stosunkowo niezły;

2) symptomatycznie przeciw niektórym przypadom jakoto: krwotokom, potom, biegunkom, dalej w towarzyszącym nieżycie oskrzelowym lub zapaleniu opłucny;

b) jest bezskuteczną:

1) przeciw gorączce trawiącéj;

2) przeciw zmianom miejscowym czy to zapalnym, czy gruźliczym w płucach;

c) jest przeciwwskazaną:

w przeważnéj liczbie przypadków, mianowicie gdzie znajdujemy rozleglejsze zmiany lub spustoszenia miejscowe, odżywienie znacznie upośledzone lub szczególną wrażliwość nerwową w obec bodźców termicznych.

Dodać tu wszakże musimy dla uniknienia nieporozumień, że istnieje rodzaj hydroterapii, względem którego nie ma przeciwwskazań. Jeżeli np., jak to bywa, zmywania twarzy i piersi wodą przestałą zaliczymy do hydroterapii, wtedy oczywiście o przeciwwskazaniach nigdy mowy być nie może. Jest to jednak hydroterapija, która w naściślejszém słowa znaczeniu ani ziębi ani grzeje; kto coś podobnego „hydroterapiją“ nazywa, bawi się jedynie w grę słów, czy się jednak przez to do wyjaśnienia przedmiotu przyczynia, o tém wątpię.

Określiwszy tak powyżéj pogląd swój na rzecz, bezpośrednio z trzeźwéj obserwacyi faktów wynikający, wypada nam jeszcze zastanowić się nieco nad kwestyją, na czém to polega, że organizm suchotników tak często w sposób tak odrębny, a niepożądany, oddziaływa w obec zabiegów hydroterapeutycznych?

Gdy mi się pierwsze nasunęły spostrzeżenia, które znane mi już przedtém empiryczne prawidło potwierdziły, że suchotnicy daleko trudniéj znoszą leczenie hydryjatryczne niż chorzy innemi chorobami dotknięci, zrobiło to na mnie wrażenie niemal mistycznego zjawiska, gdyż istniejącego tu związku przyczynowego dopatrzeć się nie byłem w stanie. Gdym się zaś w późniejszym czasie codziennéj praktyki przekonał, że w ogóle osoby osłabione, niedokrewne, chude, źle odżywione trudniéj znoszą wszelką utratę ciepła, sprawa cała wydawała mi się łatwą do wytłumaczenia. Jeżeli bowiem, co jest rzeczą niewątpliwą, najobfitszém źródłem produkcyi ciepła u osób niegorączkujących jest układ mięśniowy, jeżli daléj, co również jest niewątpliwém, tkanka tłuszczowa jako zły przewodnik ciepła ochrania ciało od utraty tegoż, tedy rzecz jasna, że u osób, u których układ mięśniowy jest słabo rozwinięty, wykonanie silniejszych ruchów niemożebném a przytém tkanka tłuszczowa nieznaczna,

że u tych osób w równych zresztą warunkach i utrata ciepła będzie większą i produkcyja mniéj obfitą, z czego wyniknąć musi, że utrata ciepła środkami hydryjatrycznemi wywołana daleko trudniéj zostanie wynagrodzoną.

Sposób ten tłumaczenia chociaż najnaturalniejszy i chociaż, zdaniem mojém, rzeczywiście część prawdy saméj w sobie zawierający, okazał mi się jednak w dalszym ciągu nie zupełnie wystarczającym. Przekonałem się, że osoby wątłe i chude, jednak o zdrowych płucach nieraz lepiéj znoszą hydroterapiję niż suchotnicy daleko silniéj zbudowani i lepszéj tuszy będący, że mianowicie przybytek na wadze u tych ostatnich daleko trudniéj następuje. Jeżeli zważymy, że skłonność wielu osób do suchót płucnych, mianowicie skłonność dziedziczna, jest faktem empirycznym niezaprzeczonym, który się nawet w obec wszelkiéj teoryi infekcyjnéj ostać musi, że daléj skłonność ta głównie się objawia w kształcie upośledzonego odżywienia, t. j. przez niedostateczną asymilacyję pokarmu obok zwiększonéj konsumpcyi, wtedy nasuwa się nam myśl, że ta sama właściwość anatomiczna czy też fizyjologiczna suchotników, która jest przyczyną słabszéj u nich asymilacyi w ogóle jest zarazem powodem, iż większy ubytek istoty organicznéj przez hydroterapiję wywołany nie bywa odpowiednio zastąpionym i wynagrodzonym. W takim razie obie te właściwości, skłonność do suchót i nieudolność do hydroterapii, tak często razem się znachodzące, płynęłyby przynajmniéj po części z jednego źródła. Stosunek taki wydaje mi się o tyle prawdopodobnym, że w danym razie nie wahałbym się sposób oddziaływania organizmu w obec zabiegów hydroterapeutycznych uznać za współczynnik do ustanowienia przepowiedni i tak np. w wątpliwym przypadku *ex juvantibus et nocentibus* uczynić wniosek o istniejącéj skłonności do suchót płucnych. Oczywiście do tłumaczenia powyższego nie przywiązuję żadnéj wagi: gdyby się ono okazało mylném, fakta same jednak, jakie wyjaśnić miało, tém się nie zmienią.

Pozostałoby nam wreszcie jedno jeszcze zadanie, a mianowicie rozbiór drażliwéj nieco kwestyi, zkąd to pochodzi, że niektórzy lekarze, którym bądźcobądź w praktyce te same się nasunąć muszą fakta i spostrzeżenia, mimo to w publikacyjach swoich odmienne zupełnie głoszą zdania? Rozwiązania téj zagadki szukać należy po części w saméj istocie przedmiotu, po części zaś w pewnéj właściwości samychże autorów. Znaną jest rzeczą, że w przebiegu suchót płucnych okazuje się nieraz chwilowo lub stale zwrot pomyślny, niekiedy nawet wcale niespodziewany. Wydarza się to nietylko bez wszelkiéj terapii, ale czasem nawet wśród niekorzystnych warunków higijenicznych (np. w szpitalu), tém bardziéj zaś wśród korzystnych warunków klimatycznych, dyjetetycznych i higijenicznych. Komuż nie wiadomo jak często suchotnicy przybywszy z gorączką do szpitala po niejakim czasie opuszczają go bez gorączki, nie używszy nic innego nad *decoctum althaeae* lub cokolwiek podobnego? Komu nie wiadomo, że niekiedy suchotnicy w najgorszym stanie odżywienia z rozległém nawet spustoszeniem w płucach po kilkomiesięcznéj kuracyi żętycznéj lub t. p. w odpowiedniém miejscu wracają w świetnym stosunkowo stanie z przybytkiem na wadze dochodzącym do kilkunastu funtów? Wskazać wreszcie w téj mierze możemy na rezultaty mozolnéj pracy docenta wiedeńskiego Heitlera (*Uiber Heilbarkeit der Lungenschwindsucht. Wiener Klinik, 1880*), który posługując się ogromnym materyjałem wykazał niejako statystyczne prawdopodobieństwo wyleczalności zmian zapalnych i gruźliczych w płucach. Fakta te trzeba mieć na oku, trzeba mieć trzeźwy sąd krytyczny i być zawsze pomnym rezultatów „metody wyczekującéj", jakie nam Skoda wskazał, aby w obec pomyślnego przebiegu należycie ocenić a nie przeceniać wartości zastosowanéj właśnie terapii. Czyli zaś w danym razie rzeczywiście brak takiego sądu krytycznego jest przyczyną głoszonych mylnych zdań, czyli raczéj tylko próżność literacka, chęć błyszczenia nowemi parodoksalnemi odkryciami, chociażby kosztem prawdy i żądza przystrajania się w pyszną szatę ścisłych badań fizyjologicznych, chociażby ta szata była z przeróżnych obcych piór utkaną, kwestyja ta wchodzi już więcéj w dziedzinę psychologii i etyki aniżeli w zakres medycyny. Na tém miejscu chcieliśmy tylko bałamucącéj opiniję frazeologii przeciwwstawić odmienną zupełnie *speciem facti*. Uczyniliśmy to wiedząc dobrze, że niebawem stanie nam przed oczyma ostatni najwyższy argument w przeciwnym kierunku świadczący, mianowicie „statystyka" czarno na białém, matematycznie i z dokładnością dowodząca cudownego działania hydroterapii w suchotach płucnych. Pocieszamy się jednak tą myślą, że, jeżeli „statystyka" a prawda naprzeciw siebie staną, prawda na tém nie ucierpi.

II. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków
podał prof. Dr. Blumenstok.

IX. Katastrofa w kopalni.

(Dokończenie. Patrz. Nr. 23).

Jakkolwiek gaz kloaczny jest mięszaniną gazów, w któréj obok amonijaku gaz H_2S główne zajmuje miejsce, to jednak według nowszych badań ściśle odróżnić należy pomiędzy otruciem gazem kloacznym a czystym gazem H_2S. Otrucie to ostatnie zdarza się u ludzi tak rzadko, że w literaturze nie napotykamy zapisanego przypadku niewątpliwego. Pomijając samozakażenie się gazem H_2S, tworzącym się we własnych jelitach ludzi cierpiących na zboczenia w trawieniu (Senator, *Berl. klin. Woch.* 1868, Nr. 24, Emminghaus, *Berl. klin. Woch.* 1872, Nr. 40), a które pod względem sądowolekarskim wcale nie wchodzi w rachubę, to właśnie w kopalniach siarki najprędzéj zdarzyćby się mogły przypadki otrucia się gazem H_2S,—a jednak Hirt, jak na wstępie przytoczyliśmy, nie zna żadnego przypadku odnośnego a o Swoszowicach wyraźnie wspomina, że aż do owego czasu (1874) przypadku śmierci z otrucia tego nie było. Wprawdzie Hirt mówi, że słyszał o przypadku śmierci, który miał się zdarzyć w fabryce siarkanu barowego w Barmen w r. 1872 skutkiem otrucia się gazem H_2S, ale szczegółów bliższych nie podaje. Przypadek zaś opisany przez Caspra, odnoszący się do śmierci nagłéj 6ciu robotników w wielkiéj berlińskiéj fabryce białoskórniczéj, tyczy się otrucia za pomocą gazu H_2S i CO_2, jak tego dowodził wynik badania chemicznego, uskutecznionego przez Sonnenscheina. Wreszcie przypadek, oceniony w r. 1876 przez Eulenberga (*Viertelj. f. ger. Med.* XXV Bd. p. 209—228) pozostał wątpliwym i nierozstrzygniętym. Gdybyśmy polegać mogli na twierdzeniu urzędu górniczego przypadek powyżéj przez nas opisany byłby pierwszym przypadkiem śmierci kilku ludzi skutkiem działania czystego gazu H_2S; ale przyznając obecnie, że obecności gazu H_2S nie wypadało wykluczyć, nie mamy jednak najmniejszéj podstawy do przypu-

szczenia, jakoby działał czysty gaz H_2S, a przeciwnie najprawdopodobniéj miano tu do czynienia z mięszaniną gazów, a głównie H_2S i CO_2, tak jak w przypadku Casperowskim, jakkolwiek w zmianach anatomicznych pewne zachodziły różnice między przypadkiem ostatnim a naszym.

Z powodów właśnie wyłuszczonych dyjagnostyka śmierci z otrucia czystym H_2S jest właściwie jeszcze *terra incognita*; jak dotąd znamy tylko wyniki doświadczeń robionych na zwierzętach, a pomijając okoliczność, że z wyników tych nigdy nie można bezwarunkowo sądzić, jakoby i u człowieka całkiem podobne zmiany występować musiały, to i co do nich samych istnieje wielka sprzeczność pomiędzy eksperymentatorami, która tylko wtedy przestanie być rażącą, jeżeli główne prace zestawimy i porównamy.

Po otwarciu ciał zwierząt otrutych gazem H_2S według Tamassii i Lewina rozlegać się ma woń specyficzna; woń ta atoli dopóty tylko może mieć jakieś znaczenie, dopóki zwłoki jeszcze są świeże. Rozpad ciała według Tamassii nie tylko nie jest spieszniejszy, ale nawet powolniejszy, aniżeli w innych przypadkach śmierci. Stężenie pośmiertne nie przedstawia nic uderzającego; plamy trupie są barwy czarno-zielonkowatéj, krew jest płynna i okazuje barwę rozmaitą, począwszy od ciemno-wiśniowéj aż do czarno-atramentowéj; ciałka krwi niegnijącéj według Hofmanna mają być niezmienionemi, według Tamassii atoli tylko ciałka białe mają postać zwykłą, czerwone zaś pomarszczone, czworoboczne lub podłużne, po największéj części zmniejszone i skurczone. — Odpowiednio do zmienionéj barwy krwi i mózgowie okazuje barwę niezwykłą: i tak istota rdzenna jako korowa, szczególniéj zaś ostatnia, zabarwioną jest już to ciemno-zielono, już to ołowiowo; niektórzy, jak Eulenberg, a za nim Seidel twierdzą, że i płuca, serce, wątroba i śledziona, podobną okazują barwę; w płucach znachodził Tamassia wynaczynionki podopłucnowe oraz zawały krwawe; komórki sercowe już to krew zawierają już też to są próżne; w trzewach brzusznych nie ma nic uderzającego.

Najważniejszą i najbardziéj sporą była kwestyja co do widma, kwestyja pod wzg ędem sądowo-lekarskim, jak się samo rozumie, najważniejsza. Czy krew mieszcząca w sobie H_2S posiada właściwe swoje widmo, lub nie? na to pytanie jedni odpowiadają twierdząco, drudzy wprost przeciwnie. Eulenberg, którego dzieło o gazach trujących przez długi czas cieszyło się wielką powagą, twierdził w r. 1865, że właśnie ze wszystkich gazów trujących tylko H_2S posiada swoje właściwe widmo, a mianowicie że krew tym gazem nasycona okazuje na widmie oprócz obydwóch pręg hemoglobinowych jeszcze trzecią w barwie czerwonéj. Co większa, podczas gdy w dziele swojém wątpił jeszcze, czy widmo to nabędzie znaczenia w praktyce sądowolekarskiéj, w r. 1876 w orzeczeniu wyżéj wspomnionèm, wydaném w imieniu Deputacyi umiejętnéj berlińskiéj występuje już stanowczo ze zdaniem: „Dodatniego dowodu, że miało miejsce otrucie gazem H_2S, jedynie dostarczyć może badanie widmowe krwi z ciała świeżego“. I Hoppe-Seyler podał, że krew tlenna szybko się odtlenia za przystępem H_2S, że po odtlenieniu hemoglobina się rozkłada, poczém występuje barwik spowinowacony z hematyną, objawiający się na widmie pręgą pochłonną w polu czerwoném między C i D (methemoglobina siarkowa). Podobnego zdania był Preyer. Hofmann atoli przekonał się, że aby okazać widmo siarkowodowe, krew zawierać musi tyle H_2S, ile go nigdy nie znajdzie się po otruciu; również Tamassia nie widywał tego widma u zwierząt, które otruł był przez zastrzyknięcie podskórne dużych dawek wody destylowanéj, nasyconéj gazem H_2S. Natomiast udało się Lewinowi wykazać (w pracy, z któréj w swoim czasie zdaliśmy sprawę w Przegl. Lek. z r. 1878, Nr. 47), że pręga pochłonna siarkohemoglobinowa występuje nie tylko we krwi żab, ale i u królików, kotów i psów, jeżeli H_2S działa *in statu nascendi* na hemoglobinę tlenną; jeżeli bowiem zwierzętom tym zastrzykiwał podskórnie, a tym bardziéj jeżeli wstrzykiwał bezpośrednio do naczynia krwionośnego, siarkoatymonijanu trójsodowego (soli Schlippego), wtedy każdym razem jeszcze za życia występowała pręga przy D i była widoczną jeszcze w 14 dni po śmierci zwierzęcia. Tym sposobem więc pokazuje się, że istnieje wprawdzie widmo siarko-hemoglobinowe, że jednak powstanie takowego zależném jest od takich okoliczności, które w przypadkach sądowolekarskich wcale w rachubę wchodzić nie mogą. Jeżeli zaś próba widmowa już w otruciu czystym gazem H_2S niedopisuje, to o wiele mniéj spodziewać się po niéj można w otruciach powstałych po działaniu mięszaniny gazów, między któremi znajduje się i H_2S; a ponieważ, jak poprzednio wykazaliśmy, znane dotąd przypadki otrucia u ludzi odnoszą się właśnie do mięszaniny gazów, a nie do czystego gazu H_2S, więc jasną jest rzeczą, że widmo siarko-hemoglobinowe dla praktyki sądowo-lekarskiéj jak nateraz żadnéj nie ma wartości, bo żadnego znaleść nie może zastósowania.

Najważniejszą z mięszanin gazów w mowie będących bezsprzecznie jest gaz kloaczny, ponieważ przypadki otrucia się nim zdarzają się względnie najczęściéj. Finkelnburg (*Ein Beitrag zur Kenntniss der Kloakengasvergiftungen, Viertelj. f. ger. Med.* 1874, XX, p. 301—308) opisał epidemiję domową, powstałą skutkiem działania gazu kloacznego; mniejsza jednak o przypadki podobne, ponieważ rzadko kończą się śmiercią. Najbardziéj narażeni są na zgubne działanie gazu kloacznego ludzie trudniący się z zawodu czyszczeniem kloak i kanałów, a do takich właśnie ludzi, nagle zmarłych śród zajęcia swego, odnoszą się dochodzenia sądowolekarskie. Rozumie się samo przez się, że nie każdy człowiek nieżywy wydobyty z kanału musiał zginąć z otrucia gazem kloacznym; wszakże człowiek mógł wpaść przypadkiem (w nocy, w stanie upojonym) do dołu kloacznego lub być wtrąconym (zwłaszcza niemowlęta, noworodki), i mógł zginąć albo z obrażeń mechanicznych skutkiem spadnięcia lub utonięcia w treści płynnéj kanału. W takich razach znajdziemy owe obrażenia cielesne, które śmierć tłumaczą, albo téż napotkamy w drogach oddechowych i pokarmowych ciała obie aspirowane lub połknięte, a jakością swoją zdradzające pochodzenie ze środka otaczającego. Wtedy tylko mamy podstawę do przypuszczenia, że człowiek mógł zginąć z otrucia gazem kloacznym, jeżeli spuściwszy się do kanału i nie doznawszy przytém żadnego uszkodzenia szybko żyć przestał a przy sekcyi nie znajdziemy ciał obcych w drogach oddechowych lub pokarmowych. Rozpoznanie w takich razach już jest możebném przez wykluczenie innego rodzaju śmierci, a staje on się pewniejszém, jeżeli, jak to widzieliśmy w przypadkach, opisanych w Przegl. Lek. z r. 1873 Nr. 11—13, krew ma barwę ciemną, prawie atramentowo-czarną. Reszta zmian nie ma już wielkiéj wartości, ponieważ nie jest stałą. Gaz kloaczny składa się przeważnie z H_2S, NH_3 i CO_2; w miarę przewagi jednego z dwóch pierwszych nie tylko za życia występują odmienne objawy,

jak to odróżniają robotnicy francuzcy *(la mitte, le plomb)*, ale i w zmianach pośmiertnych zachodzić będą pewne różnice. Nadto uwzględnić wypada, jak długo zwłoki leżały w płynie kloacznym, jaki czas minął od śmierci aż do sekcyi, jaka pora roku, albowiem okoliczności te wpływają na rozpad ciała, a jeżeli tenże już znacznie postąpił, wtedy ani woń charakterystyczna ciała, ani rozpad ciałek czerwonych krwi, ani zielone zabarwienie kory mózgowéj itd. znaczenia rozpoznawczego mieć nie mogą. Zbytecznem prawie jest przypomnieć, że badanie widmowe w otruciu gazem kloacznym już wcale pozostanie bez rezultatu i już z tego jednego powodu dyjagnostyka śmierci z gazu kloacznego i w ogóle z gazu H_2S nigdy nie nabędzie téj dokładności, do któréj doszła dyjagnostyka otrucia tlenkiem węgla.

III. Oceny i sprawozdania.

Aktynomykoza człowieka. Nowa choroba zakaźna.
(Sprawozdanie z dzieła Ponficka p. t. *Die Actinomycose des Menschen.* (Berlin, 1882). Podał J. Schaitter.

Bollinger (*Uiber eine neue Pilzkrankheit beim Rinde. Ctrbl. f. d. med. Wiss.* 1877, Nr. 27) pierwszy zwrócił uwagę na nową chorobę grzybkową wołu, sprowadzającą zmiany w okolicy szczęki górnéj lub dolnéj, które dotąd uważano częścią za zołzowe, częścią za nowotworowe, mianowicie kościomięsaki. Sprawa chorobowa rozpoczyna się według jego opisu w zębodołach lub istocie gębczastéj kości szczęk, bujając w postaci masy białawéj przeciera kość, niszcząc otaczające części miękkie dostaje się na zewnątrz i tworzy guzy dochodzące rozmiarów głowy dziecka. Miękkie te masy o budowie płatowéj przedstawiają drobnowidowo obraz tkanki granulacyjnéj, obfitującéj w komórki, częścią włóknistéj; przekrój ich zasiany mnóstwem ognisk ropnych, z których łatwo nożem wyskrobać można swoiste ciałka kuliste, wielkości siemienia, żółte, w dotknięciu tłustawe. Ziarna takie znajdował w ogniskach ropnych w języku, w wybujałościach nowotworowych przełyku, krtani, na błonie śluzowéj żołądka i w najbliższych gruczołach limfatycznych. Ziarna te wejrzenia malinowatego, nieprzeźroczyste, powstały w skutek dokładnego splątania nader licznych właściwych nitkowatych i pałeczkowatych tworów grzybkowych, rozgałęziających się widełkowato, co, rozgniótłszy je na szkiełku, dokładnie spostrzedz można. Bollinger nazwał je „grzybkiem promienistym“ *(Strahlenpilz, Actinomyces)*, a chorobę przez nie wywołaną: aktynomykozą.

Gdy już spostrzeżenia i rezultaty badań Bollingera niejednokrotnie inni badacze stwierdzili i przekonali się o stałym związku przyczynowym między wspomnianemi wybujałościami nowotworowemi a pasorzytem grzybkowym, stale w nich występującym w postaciowych charakterystycznych ziaren, ogłasza J. Israël historyje chorób i sprawozdania z oględzin pośmiertnych dwu osób zmarłych rzekomo z ropnicy, u których znalazł w licznych ogniskach ropnych swoiste żółte ziarna, rozpoznał je jako pilśń grzybków i opisał dokładnie, podając równocześnie ryciny *(Neue Beobachtungen auf dem Gebiete der Mykosen des Menschen. Virchows Archiv Bd. LXXIV, S. 15, 1878)*. W końcu swojéj rozprawy podaje Israël, że B. Langenbeck znalazł już w roku 1845 w Kielu podobne twory w ropie chorego, opisał je w swoich zapiskach i odrysował tak dokładnie, że widząc te rysunki ani na chwilę wątpić nie można, iż miał taką samą zmianę chorobową przed sobą.

W kwietniu 1879 roku znalazł Ponfick (we Wrocławiu) przy obdukcyi 45cioletniego mężczyzny, (który zmarł był wśród przewłocznego schorzenia płuc z ropnego zapalenia tkanki podopłucnowéj) w licznych przetokach pod skórą grzbietu, zawierających ciecz surowiczo-ropiastą, charakterystyczne białawo-żółte ziarna, w których już gołem okiem rozpoznał właściwe „grzybki promieniste,“ znane z badań tworów ze zwierząt pochodzących. Sądząc, że widzi jeden z pierwszych dokładnie spostrzeganych przypadków aktynomykozy człowieka, przedstawił rzecz w kilka dni późniéj na Zjeździe chirurgów w Berlinie (*Ueber eine eigenthümliche Form praevertebraler Phlegmone. Berl. klin. Wochenschrift, 1879, S. 347*), tam téż wspomniał, że przypadki opisane przez Israëla i Langenbecka zgadzają się ze sobą i z kliniczno-anatomicznym obrazem przypadku wrocławskiego, tak iż można przypuścić z wielkiém podobieństwem do prawdy, że stanowią tylko indywidualne odmiany téj nowéj choroby zakaźnéj, może ze zwierząt na człowieka przeniesionéj. W rozprawie nad tym przedmiotem przyznawali jedni (Langenbeck i Rosenbach) słuszność zapatrywaniom Ponficka, Israël nie zgodził się stanowczo na te zapatrywania, wykazujące identyczność pasorzytów człowieka i wołu, w późniejszéj swojéj rozprawie (*Neue Beiträge zu den mykotischen Erkrankungen des Menschen. Virchows Archiv, Bd. XXVIII, S. 421)* pomija je zupełném milczeniem i w dyskusyi nad tym przedmiotem w berlińskiém Towarzystwie lekarskiém *(Berl. klin. Wochenschrift*, 1880, str. 661) uwydatnia dobitnie swoje zapatrywania, odrębne od zdania poważnéj większości. Na podstawie kilkunastu przypadków, w których częściowo za życia zmiany mykotyczne rozpoznano i udowodniono niezbicie przez badanie drobnowidowe (*Partsch, Zwei Fälle von Actinomycosis. Bresl. ärztl. Zeitschrift III Jahrgang*, str. 78, 1881), z tych kilku wyleczonych, daléj na podstawie zdania Rosenbacha *(Zur Kenntniss der Strahlenpilzerkrankung beim Menschen. Ctrbl. f. Chirurg.*, 1880, Nr. 15), który u kilku wieśniaków zmiany te rozpoznał i usunął, zastosowawszy miejscowe dosadne leczenie, można orzec, że mamy przed sobą zmianę pasorzytniczą, stosunkowo nierzadką, z charakterem częstokroć złośliwym, nad którą warto się dokładniéj zastanowić.

Kazuistyka aktynomykozy człowieka obejmuje dotąd 17 przypadków. Z tych 16 zestawia Ponfick w swojéj rozprawie, 17sty ogłosił Weigert (*Zur Technik der mikroskopischen Bakterienuntersuchung. Mit einem casuistischen Anhang.* (Leipzig), 1881). W niniejszém sprawozdaniu ograniczymy się jedynie do zestawienia najważniejszych szczegółów z obszernie opisanych przypadków ze zejściem śmiertelném.

I. F., czeladnik kowalski, l. 45. Przed 20 miesiącami przebył zapalenie lewéj opłucny, którego następstwa ciągle mu jeszcze dokuczały. Od pół roku doznawał silnych bólów w plecach i lędźwiach, wkrótce potém powstało w tych okolicach kilka ropni, które podminowały skórę na rozległéj przestrzeni i otworzyły się dobrowolnie. Mimo utrudnionego badania wykazano zagęszczenie miąższu płuc po lewéj stronie u dołu, a jako ostateczną przyczynę śmierci świeże zapalenie osierdzia i opłucny po stronie prawéj. Badanie anatomiczne wykazało: obok przewłocznie zapalnych zmian w miąższu płuc, świeżego włóknikowo-ropnego zapalenia osierdzia i opłucnéj, rozległe zropienie tkanki łącznéj w tyl-

nem śródpiersiu; po obu stronach jamy okołoopłucnowe wypełnione cieczą ropiastą, o ścianach pokrytych wiotkiemi granulacyjami, komunikujące za pośrednictwem licznych przetok z przestrzenią pomiędzy przedniém więzadłem stosu kręgowego, okostną a trzonami kręgów piersiowych. Trzony kręgów i najbliższe części żeber jakby powygryzane, pokryte licznemi naroślami kostnemi, uległy znacznemu zniekształtnieniu. Liczne przetoki z jednéj strony łączyły jamy opłucnowe z przestworami około stosu kręgowego, z drugiéj komunikowały z rozległemi ropniami wśród mięśni grzbietowych, w tkance łącznéj pod skórą całego grzbietu, którą ścieńczałą przebijały w wielu miejscach. Wśród tych licznych przetok i przewodów wiotkiemi, szarawo-różowemi, gdzieniegdzie brunatnemi granulacyjami wypełnionych, jakoteż w ropie niecuchnącéj, już gołém okiem spostrzedz można było nader liczne poprzednio opisane, białawo-żółte ziarna, których identyczność z ziarnami napotykanemi w aktynomykozie wołu potwierdziło badanie drobnowidowe. Ziarn tych nie znaleziono w jamkach spróchniałych zębów ani w zębodołach.

II. Drugi przypadek dotyczył kobiety 61-letniéj, którą przyjęto do szpitala z ropniem po prawéj stronie w dolnéj części brzucha. W dwa miesiące po otwarciu tego ropnia powstał drugi po stronie lewéj pod więzem Pouparta. Wśród tego cierpienia pojawiały się kilkakrotnie objawy zapalenia otrzewny a nagła śmierć nastąpiła wśród znacznego wyniszczenia z zatoru tętnicy płucnéj. I tu badanie pośmiertne wykazało próchnienie kręgów, zapalenie tkanki łącznéj w okolicy kręgu 5 i 6go lędźwiowego i 1go krzyżowego. Ropnie w obu zatokach biodrowych, wszędzie w ropie i wiotkich granulacyjach charakterystyczne ziarna stanowiące kłęby grzybków promienistych.

III. Kobietę 45-letnią, która miała się skaleczyć przed 3ma laty w paluch ręki, poczém cała odnoga znacznie spuchła a chora odtąd ciągle doznawała miejscowo dolegliwości, przyjęto do szpitala ze znaczném zniszczeniem tkanki podskórnéj grzbietu i szyi szczególnie po stronie odnogi schorzałéj, z miernemi tylko zmianami w narządzie oddechowym. W zwłokach znaleziono: rozległe, ropą wypełnione, przetoki w okolicy dołka nadobojczykowego, pod skórą szyi po stronie lewéj i w tkance około stosu kręgowego; guzowate wybujałości sterczące do światła żyły szyjnéj, podobne guzy wielkości jabłka, w prawym przedsionku serca, wśród mięśnia sercowego i worka osierdziowego, w śledzionie i w mózgu; włóknikowo-ropne zapalenie opłucny i osierdzia obok zmian destrukcyjnych w miąższu płuc. Badanie mikroskopowe tworów guzowatych sterczących do światła naczyń i w sercu, jakoteż ropy i ziarniny z przetok łączących otwory na szyi z jamami okołokręgowemi, wykazało: nader liczne ogniska, zasiane gromadami charakterystycznego grzybka promienistego, wśród tkanki granulacyjnéj lub téż obfitującego w komórki i unaczynionego podścieliska tkanki łącznéj.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Prof. Adamkiewicz: **O częstym braku korzeni grzbietowych w ludzkim rdzeniu pacierzowym.**

Przy nastrzykiwaniu rdzeni pacierzowych, wyjętych ze zwłok ludzkich, zauważył autor, że dla podwiązania wszystkich korzeni rdzenia pacierzowego wystarczyło dosyć często mniéj niż 62 przewiązek. To świadczyło więc za obecnością mniejszéj liczby par korzeni niż 31, którą to liczbę anatomija jako prawidło dotychczas podaje. Pilniejsze zwrócenie uwagi na ten przedmiot wykazało, że z pośród 16tu rdzeni pacierzowych tylko 3 rdzenie posiadały żądaną liczbę korzeni, w 13tu zaś innych okazał się brak przeważnie po stronie prawéj, a to tylko przodkowych (43%) lub tylko tylnych (19%) korzeni nerwów piersiowych, lub też brak równoczesny przodkowych i tylnych korzeni (19%), a mianowicie w górnéj połowie piersiowéj części rdzenia. W obec tego możnaby przypuścić, że obecność 31 par korzeni rdzeniowych nie należy uważać jako regułę, liczba ta bowiem znachodzi się tylko w 19% wszystkich rdzeni pacierzowych, w 81% zaś istnieje pewien brak korzeni

Pożądaną byłoby rzeczą zbadać, jak w przypadku takiego braku korzeni są zastąpione nerwy międzyżebrowe i jakie posiadają unerwienie mięśnie międzyżebrowe? (*Virchows Archiv f. path. Anat.*, 88go tomu, zeszyt II).

J. Prus.

Prof. Barff: **Borogliceryd nowy środek antyseptyczny.**

Prof. Barff, którego imie jest znaném z podanego przezeń sposobu zabezpieczenia żelaza od wpływów atmosferycznych, w odczycie mianym d. 29 marca br. w Towarzystwie Sztuk, zwrócił uwagę na nowy środek antyseptyczny. Środek ten, otrzymany przez działanie kwasu borowego na glicerynę, jest w składzie swym analogicznym do tłuszczów. Zasadą bowiem jego jest gliceryna, która jest połączona z kwasem borowym, zamiast innego kwasu tłuszczowego. Tak utworzony związek chemiczny B. nazwał Boroglicerydem, a podana przezeń formułka wskazuje jasno sposób otrzymywania równie jak skład chemiczny związku. Formułka ta brzmi: gliceryna $(C_3H_8O)_3$ + wodnik kwasu borowego (H_3BO_3) = borogliceryd $(C_3H_5BO_3) + 3H_2O$. Ciało powyższe jest w zwyczajnéj ciepłocie bezwonném, przeźroczystém, podobném do galarety, prawie bez smaku, jeżeli się je atoli weźmie na język nierozpuszczone, pozostawia posmak podobny do ałunowego. Zdaniem B. borogliceryd jest bardzo silnym środkiem antyseptycznym, gdy zaś rozpuszczony nie ma smaku, przeto wedle wszelkiego prawdopodobieństwa znajdzie rozległe zastosowanie w sposobach przechowywania żywności. Dotychczasowe próby w tym kierunku poczynione z rozczynami 1,7 i 5,0% wykazały, że mięsiwa, ryby itp., zanurzone w nich i pozostawione przez dobę, można było następnie przesyłać do najdalszych okolic podzwrotnikowych bez żadnych oznak zepsucia. Mleko, śmietanka, zaprawione środkiem powyższym w stosunku odpowiednim, dały się przez dłuższy czas trzymać bez zmiany w smaku, i to tak dalece, że nie budziły nawet podejrzenia, jakoby nie od krowy świeżo pochodziły.

Do przechowywania preparatów anatomicznych i patologicznych borogliceryd nada się prawdopodobnie bardzo dobrze. Donioślejsze atoli znaczenie będzie miał w handlu pożywczemi artykułami, jeżeli w rzeczy saméj się potwierdzi, że jest bez smaku i tak skutecznym przeciw zgniliźnie. W tym względzie nasuwa się przedewszystkiém pytanie, czy przetwór powyższy, użyty wewnętrznie nie jest zdrowiu szkodliwym. Bor nie należy do składników prawidlowych ustroju naszego, pytanie przeto jest bardzo uzasadnioném. Odpowiedzieć na nie mogą jedynie doświadczenia, te zaś wypadły dotąd korzystnie. B. wykazuje, że nie tylko on sam używał boroglicerydu w większych dawkach, ale i jego blizki krewny brał go prawie przez 18 miesięcy tygodniowo po jednéj uncyi (35,0), a w kolegijum Beaumont tak uczniowie jak nauczyciele spożywali w wielkiéj ilości mleko, konserwowane

tym przetworem, a dotąd nikt nie doświadczył jakiegokolwiek skutku, szkodliwego zdrowiu. Podobnież p. Artur Robottom, posiadający znaczne wiadomości o boraksie tak pod naukowym jak i handlowym względem, zachwala środek powyższy, i odsuwa nawet przypuszczenie, aby jakakolwiek szkoda dla zdrowia mogła wyniknąć z użycia tegoż do konserwowania artykułów żywności. (*Lancet* Nr. 16. 22 kwietnia, 1882.) *Dr. G.*

Emmert w Bernie: **Hyoscinum hydrojodatum.**

Autor stwierdził, iż powyższy środek jest najsilniejszym z rozszerzających źrenicę i porażających mięsień akomodacyjny, i że pod tym względem przewyższa nawet niedawno odkryty duboizyn. Kropla rozczynu hyoscynu w stosunku 1 na 1000 działała we wszystkich przypadkach silniéj niż kropla rozczynu atropinu 1 na 200. Działanie jednak atropinu trwa dłużéj. W przypadkach nacieków ropnych rogówki i zapalenia tęczówki, w których kilka razy bezskutecznie zapuszczano półprocentowy rozczyn atropinu i duboizynu, przerwały się tylne przyczepiny po zapuszczeniu jednéj kropli powyższego rozczynu hyoscynu. W kilku przypadkach wystąpiły lekkie objawy zatrucia, jak zawrót głowy, chwianie się itp. Przypady jednakże w krótkim czasie ustępowały niepozostawiając szkodliwych skutków. (*Archiv f. Augenheilkunde.* XI, 2.) *Dr. Machek.*

Docent Dr. Soltmann: **Spostrzeżenia nad działaniem pilokarpinu w płonicy, w zapaleniu nerek po płonicy i dyfteryi.**

Ze sprawozdania szpitalnego za r. 1881. docenta Dra Soltmanna wyjmujemy ważniejsze szczegóły o leczeniu pilokarpinem płonicy, zapalenia nerek po płonicy i dyfteryi. W r. 1881 leczono pilokarpinem 35 dzieci chorych na powyższe choroby. Z tych przypada 10 (2 †) na szkarlatynę z dyfteryją, 11 (1 †) na samoistną dyfteryję, 14 na zapalenie nerek po dyfteryi.

Pilokarpin stósowano w postaci wstrzykiwań podskórnych po 0.005 do 0.01 pro dosi. Objawów upadku sił nie było w żadnym przypadku po zastrzyknięciu, bo równocześnie z pilokarpinem zastrzykiwano eter (1,00 pro dosi). Zdaniem autora pilokarpin ma tylko wartość leku przypadowego (symptomatycznego). Za lek swoisty ani w dyfteryi ani w szkarlatynie wcale nie można go uważać. Nawet w zapaleniu nerek po płonicy nie można mu bynajmniéj przyznać téj skuteczności, jaką mu niektórzy autorowie przypisywali, częstokroć wcale nie wpływa dobrze na przebieg téj choroby i nie zapobiega napadom uremicznym. Pilokarpin jako lek symtomatyczny działa skutecznie w trojaki sposób, jako *expectorans*, *diureticum* i *diaphoreticum*. „Ztąd to pochodzi“ powiada daléj autor, „że u naszych 3 chorych z ciężką dyfteryją i zamaskowaną płonicą, przebiegającemi pośród gwałtownych majaczeń i napadów szaleństwa przy nader wysokiéj ciepłocie pilokarpin, pilnie zastrzykiwany, dał świetne wyniki. Ciepłota się zmniejszyła, skóra stała się wilgotną, wysypka była wyraźną (*scarlatina haemorrhagica*). Podobnie działał pilokarpin w innych przypadkach, z więcéj przewlekającą się osutką płonicową i zboczeniami mózgowemi, a to, jak się zdaje, skutkiem rozszerzenia głównych naczyń włosowatych i podniecenia energicznego potów. Krew została uwolnioną od przyrzutu płonicowego. Działanie pilokarpinu ślinopędne i wykrztuśne było powodem zejścia błon dyfterytycznych w dyfteryi samoistnéj w ciągu kilku dni. Pilokarpin jednakże nie przeszkadzał tworzeniu się nowych błon, jeżeli równocześnie nie stósowano płukania z jakiego antyseptycznie działającego leku. Ciężkie przypadki i przytém leczeniu kończyły się śmiercią. $3\frac{1}{2}$ letnia dziewczynka, mimo zastósowania pilokarpinu i wszelkich możliwych zalecanych środków, zmarła pośród objawów posocznicy (*phlegmone, erysipelas migrans*, ropnie w stawach) w ciągu kilku dni. O działaniu więc jakiémś swoistém na dyfteryję, tak w tym jak i w innych podobnie przebiegających przypadkach, nie może być mowy. Co się tyczy zapalenia nerek po płonicy, to trzeba powiedzieć, że działanie pilokarpinu, podniecające wydzielanie, nie zawsze odpowiednio występowało, a niekiedy właśnie przez to pogarszało stan choroby. Należy tutaj rozróżnić, czy się ma do czynienia z wczesną, jeszcze w czasie osutki płonicowéj występującą, *Nephritis* lub téż z formą rozwijającą się więcéj przyostro w okresie łuszczenia. W pierwszym razie pilokarpin działa według doświadczenia niekorzystnie, a nawet szkodliwie. Wydzielanie moczu się nie zwiększało, lecz owszem z każdym dniem stawało się mniejszém, ilość krwi w moczu się zwiększała, niebezpieczeństwo uremii występowało coraz groźniéj. Skoro tylko się przestało podawać pilokarpin, ilość moczu znów się zwiększała, a ilość krwi w nim się zmniejszała. — Pilokarpin w okresach późniejszych zapalenia nerek okazał się przy stósownéj dyjecie wcale skutecznym. Zapalenie nerek ustępowało szybko, przy zwiększającém się wydzielaniu moczu i potu. Ale i tutaj należy być z pilokarpinem ostrożnym, bo w obec znacznych wysięków w jamach skutkiem tego leku przychodziło do chwilowego wzmożenia objawów chorobowych, a nawet do obrzęku płuc i porażenia serca. Dodać tutaj jeszcze należy, że rozczyn pilokarpinu, przeznaczony do wstrzykiwań, powinien być zawsze świeży, bo rozczyn taki, szczególniéj źle zatkany, prędko się rozkłada i nie działa. Słusznie również Demme z Berna zwraca uwagę, że preparaty pilokarpinu w handlu znajdujące się są niepewne w skutkach, bo liście jaborandy zawierają dwa różnie działające alkaloidy (Hardy).“ (*Breslauer aerztl. Ztg.* 1882, Nr. 7). *Dr. Kopff.*

O konserwowaniu pokarmów za pomocą kwasu salicylowego.

W roku zeszłym wydał francuzki minister rolnictwa i handlu zakaz używania i sprzedawania kwasu salicylowego i jego połączeń do konserwowania wszelkiego rodzaju pokarmów i napojów. „Comité consultatif d'hygiéne publique“ ogłasza teraz powody, które były przyczyną ogłoszenia tego zakazu.

Zwyczaj dodawania kwasu salicylowego do pokarmów i napojów ogromnie się teraz rozpowszechnił. Na zachodzie powstało bardzo wiele fabryk, które się zajmują tylko wyrabianiem kwasu salicylowego i jego połączeń. Gazety, broszury, nawet plakaty i inne sposoby reklamy pouczają szeroką publiczność o własnościach przeciwgnilnych i przeciwfermentacyjnych kwasu salicylowego i zalecają korzystanie z tych własności w przemyśle i gospodarstwie domowém. Zabiegi celem rozpowszechnienia kwasu salicylowego uwieńczone zostały nader pomyślnym skutkiem, a jak powiada dyrektor jednego z przedsiębiorstw: „najświetniejsze oczekiwania zostały prześcigniętemi.“ Teraz dodają kwas salicylowy do wina, piwa, moszczu, nawet do mleka, do mięsa w jatkach, do dziczyzny, do ryb, do puszek z konserwami tak roślinnéj jak i zwierzęcéj natury, do kiełbas, do konfitur,

syrupów, mąki a szczególniéj do masła. Zazwyczaj fabrykanci, kupcy i gospodynie kupują miareczkowany rozczyn wyskokowy lub glicerynowy kwasu salicylowego i w miarę uznanéj potrzeby dodają go do pokarmów i napojów. Rozczyn kwasu salicylowego w glicerynie nosi nawet osobną nazwę „oenophile“. Do win używają osobnéj pasty, przyrządzanéj przez zmięszanie kwasu salicylowego z odpowiednią ilością wina. Do przechowywania różnych produktów gospodarstwa domowego sprzedają mięszaninę kwasu salicylowego z solą kuchenną.

Fabrykanci twierdzą, że kwas salicylowy w tak małéj już ilości zapobiega fermentacyi i gniciu, że ta mała ilość jest bezwarunkowo dla zdrowia nieszkodliwą. Według ich zdania już 0.1 do 0.15gm. na jeden litr zupełnie wystarcza, aby zapobiedz fermentacyi. Tymczasem badania chemiczne różnych pokarmów i napojów wykazały w nich znacznie większą ilość kwasu salicylowego. Jest to zupełnie naturalném, bo inaczéj produkty te uległyby psuciu się, bo tak mała ilość kwasu salicylowego, jaką fabrykanci chcą uważać za wystarczającą do rozwinięcia skutków, jest bezwarunkowo niedostateczną. Słabe wina, zawierające 1.6gm. kw. salicylowego na litr, we flaszkach dobrze zakorkowanych, już po 10 dniach zaczynały fermentować. Według G i r a r d a potrzeba do win, mało wyskoku zawierających, jakotéż do win słodkich, przyrządzanych z rodzynków, dodawać więcéj niż 2gm. kwasu salicylowego na litr, aby zapobiedz robieniu tych win. V a l l i n pisze: kwas salicylowy posiada własność wstrzymywania fermentacyi, ale tylko na jakiś czas, nigdy zaś stale. Dla tego téż, chcąc go użyć do konserwowania, trzeba go od czasu do czasu dodawać. Jeżeli się tego nie czyni, to skoro tylko przeminie działanie ilości kwasu salicylowego, pierwotnie dodanéj, pokarmy ulegają psuciu, jak gdybyśmy do nich wcale kwasu salicylowego nie dodawali. Pokarmy dobre i czyste nie potrzebują wcale kwasu salicylowego, nie psują się. Tylko głównie produkty sztuczne, złe piwa, zafałszowane wina wymagają kwasu salicylowego. A ponieważ od czasu do czasu trzeba tego kwasu dodawać, łatwo więc pojąć, że produkty te mogą zawierać znaczną ilość kwasu salicylowego. Np. producent dodaje do wina, zaczynającego fermentować, małą ilość kwasu salicylowego: 15 do 30gm. na hektolitr. Fermentacyja powstrzymana, wino przechodzi do kupca *en gros*. Tutaj znów zaczyna robić, kupiec dodaje znów kwasu salicylowego, co od czasu do czasu się powtarza. To samo jeszcze może czyni i kupiec sprzedający towary w mniejszych ilościach.

Analizy Chr. Girarda, wykonane na produktach, zabranych przez policyję lub kupionych u różnych kupców i szynkarzy w Paryżu, wykazują:

Wino zawierało w litrze 1.60gm., 1.95gm., 1.35gm. 1,48gm., 1,41gm. do 0,81gm., a w jednym przypadku nawet 3,50gm. kwasu salicylowego.

Różne syropy zawierały w litrze od 0.5 do 1,50gm. kwasu salicylowego.

Piwo zawierało w litrze od 0,25 do 1,25gm. kw. salicylowego.

Mleko zawierało w litrze od 0,25 do 1,85gm. kw. salicylowego.

Jeżeli zważymy, że w klasach uboższych spożywają przeważnie produkty, dla zakonserwowania których zwykło się dodawać kwasu salicylowego, to łatwo przyjdziemy do wniosku, że ludzie ci wprowadzają do swego ustroju ilość kwasu salicylowego niemałą, która musi szkodliwie wpływać na zdrowie konsumentów. Wprawdzie niektórzy autorowie twierdzą, że można długi czas używać po 1,0 do 1,5 gm. kwasu salicylowego przez dzień bez najmniejszéj szkody dla zdrowia; jednakowoż autorowie ci są w mniejszości. (*Journ. officiel de la rép. Franç. 1881*). *Dr. Kopff.*

Wiadomosci pomniejsze.

(L. K.) M. O z a n a m. **Krążenie w żyłach wywołane przez wpływ tętnic, obok przebiegających.** Autor występuje z twierdzeniem, że wielki wpływ na posuwanie się krwi w żyłach wywiera uderzenie tętnicze obok żyły przebiegającéj. Zjawisko to zwie krążeniem żylném przez wpływ (*circulation veineuse par influence*). Spostrzeżenie swoje zrobił autor zupełnie przypadkowo. Badał tętno swoim sfygmografem u osoby bardzo chudéj. Sfygmograf miał oznaczyć krzywiznę tętna *art. pubicae*. Kilka razy próba się jakoś nie udawała, krzywizna była jakaś dziwna, nieodpowiednia. Autor przypisywał to z początku niedokładności swojego przyrządu. Wszelkie udoskonalenia na nic się nieprzydały. Zjawisko występowało i na innych tętnicach, szczególniéj, jeżeli sfygmograf zesunął się trochę na bok w kierunku przebiegającéj żyły. Ta uwaga naprowadziła autora na myśl badania, czy przypadkiem żyła również nie odbywa pewnego ruchu, który się zbliża podobieństwem do tętna. Badania sprawdziły ten domysł. Objaw ten krążenia udzielonego najwybitniéj występuje w żyle udowéj. W dalszéj części swéj rozprawy autor udowadnia, że ułożenie żyły zwykle tuż obok tętnicy nie jest bez znaczenia. Znaczenie to tłumaczy zupełnie przez autora dostrzeżone k r ą ż e n i e ż y l n e p r z e z w p ł y w (*circulation veineuse par influence*). Autor sprawdził krążenie to żylne na wszystkich dostępnych mu większych żyłach, a z tego, jakotéż z przebiegu żył wewnątrz organizmu, które zawsze znajdujemy tuż obok tętnicy, a niekiedy, nawet pod tętnicą lub téż tętnica prawie się okręca koło równoimiennéj żyły, wnosi, że krążenie w żyłach przez wpływ tętnic jest prawem ogólném. (*Comptes rendus* T. 93, str. 92),

(L. K.) Dr. Karol V i r c h o w. **Wpływ bendźwinianu i salicylanu sodowego na przemianę istót białkowatych w ustroju zwierzęcym.** Autor zachęcony przez prof. E. Salkowskiego w Berlinie badał wpływ bendźwinianu i salicylanu sodowego na wydzielanie azotu z organizmu. Azot w moczu oznaczał według metody Will-Varentrappa. Wyniki tych doświadczeń, na sukach wykonanych, były następujące: B e n d ź w i n i a n s o d o w y sprawia u psa, prawidłowo odżywionego znaczne zwiększenie rozkładu istot białkowatych (0,25 do 40% prawidłowego rozkładu). Wpływu następowego na wydzielanie azotu, jako też na cały organizm nie zauważano po jednokrotném podaniu bendźwinianu sodowego. S a l i c y l a n s o d o w y u psa prawidłowo odżywionego, nie sprawia zmniejszenia rozkładu białka, lecz owszem silne, rychło występujące, zwiększenie tegoż. Wpływ na ustrój jest gwałtowny, i prawdopodobnie zdrowiu szkodliwy. (*Ztschrift f. physiol. Chemie von Hoppe-Seyler*, 1882, 1 z. str. 79).

(K.) **Kilka nowych sposobów wykrywania barwików żółciowych** podaje Gerhardt. Mocz, zawierający barwiki powyższe, kłóci się z chloroformem. Wyciąg chloroformowy mięsza się z olejkiem terpentynowym, zawierającym ozon, i dodaje się trochę rozcieńczonego ługu potasowego. Wytworzona bilirubina ma barwić płyn na zielono. Mocz, zawierający urobilinę, daje według Gerhardta następującą reakcyję. Wyciąg chloroformowy z moczu zaprawia się jodem, poczém dodaje się trochę ługu potasowego, dla związania jodu, poczém kłóci się calą ilość cieczy. Ciecz,

zawierająca urobilinę przyjmuje zabarwienie żółte do brunatno-żółtego z fluorescencyją zieloną. Reakcyję tę można zrobić także bezpośrednio w moczu czystym, przyczém można użyć zamiast rozczynu jodu w jodku potasu wody chlorowéj. (*Fresenius Zt. f. anal. Chem.*, 1882, Z. 2).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.
Sekcyja lwowska.

Posiedzenie z dnia 11 czerwca 1881.

Przewodniczący Dr. Czyżewicz. Obecnych członków 9.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. weter. Kubicki imieniem właściwéj komisyi zdaje sprawę z oględzin mleczarni p. Karłowicza i oświadcza, że takowa istotnie urządzoną została ściśle według wskazówek komisyi i wreszcie żąda pozwolenia na otworzenie jéj jako mleczarni urządzonéj na zasadach, podanych przez Towarzystwo lekarskie. Po rozprawie, w któréj głos zabierają kol. Jana, Krówczyński, Merczyński i Pawlikowski, zgromadzenie zgadza się na żądanie powyższe pod warunkiem atoli, że p. Karłowicz przedstawi pisemny układ z lekarzem miejskim Drem Pawlikowskim i weterynarzem krajowym Littichem co do nadzoru lekarskiego nad mleczarnią.

3) Z powodu gorącéj pory a ztąd małego udziału w posiedzeniach Dr. Merczyński radzi posiedzenia zawiesić do jesieni, na co zgromadzenie chętnie przystaje.

Sekretarz *Dr. Jana.*

Posiedzenie z d. 15 października 1881.

Przewodniczący Dr. Czyżewicz. Członków obecnych 21.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dr. Strojnowski opowiedział operowany przez siebie przypadek nowotworu jajnika, który zakończył się śmiercią śród objawów zapalenia gnilnego otrzewny. Sekcyja wykazała nadto zwyrodnienie jéj rakowate. Następnie prelegent przedstawił kobietę 30-letnią, u któréj przed kilku laty wykonał laparo owaryjotomiję z powodu mięsaka jajnika prawego wielkości blizko 2 głów. Przebieg pooperacyjny był tak pomyślnym, że ciepłota ciała raz tylko się podniosła do 38°C., zresztą zawsze była prawidłową. Operowana używa obecnie zupełnego zdrowia. W rozprawie zabierał głos Dr. Szeparowicz. Sekr. *Dr. Jana.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

III Posiedzenie zwyczajne z dnia 3 lutego 1882.

Członków obecnych 15.

1) Kol. prof. Browicz przedstawia preparat torbiela z jamy brzusznéj kobiety 47letniéj. Według dat anamnestycznych kobieta ta spostrzegła przed laty 14 powiększenie się stopniowe brzucha, które wzrastało ciągle, powoli i w przeciągu lat 6 dosięgło szczytu swego. Od lat ośmiu rozmiary brzucha nie uległy dalszéj zmianie. Chora ta zmarła w klinice w skutek zapalenia otrzewny. Przy sekcyi znaleziono w jamie brzusznéj następujące zmiany. Po otwarciu jamy brzusznéj wylewa się z téjże bardzo znaczna ilość (kilka litrów) cieczy brudno-czerwonéj, mętnéj, pomieszany z płatkami włóknikowemi, przyczém odsłaniają się trzewa brzuszne zlepione grubemi pokładami wypociny włóknikowo-ropnéj, gdzieniegdzie pozrastane między sobą jakotéż ze ścianą brzuszną błonami wrzekomemi. Wątroba i żołądek wyparte ku górze pod mocno wysklepioną przeponę. Cały zwój jelit cienkich zajmuje prawą i dolną część jamy brzusznéj, gdy sieć zgrubiała i pozrastana z sąsiedniemi częściami pokrywa guz okrągławy, do 30 cm. średnicy mający. Guz ten wydobywa się z głębi lewéj strony jamy brzusznéj, pokryty otrzewną ścienną, zajmuje środek i stronę lewą jamy brzusznéj i graniczy w tyle bezpośrednio z nerką lewą i zanikającém nadnerczem i wielkiemi naczyniami, w górze z żołądkiem, trzustką i śledzioną, na prawo z krezką i jelitem cienkiém. Dolny obwód guza sięga ku miednicy małéj, nie jest jednakże w związku z narządem płciowym. Macica bowiem i jajniki prawidłowego wejrzenia leżą wolno w jamie miednicy małéj. Guz ten przedstawia wybitne chełbotanie, po nacięciu przedstawia się jako torbiel o ścianie niejednostajnéj grubości, gdzieniegdzie 1 cm. grubéj, włóknistego i warstwowego wejrzenia. Wewnętrzna powierzchnia dosyć gładka pokryta warstwą żółtawéj, dosyć zbitéj masy. Torbiel wypełniony cieczą gęstawą, brudno-czerwonawą zawierającą, znaczną ilość bryłek sporych miękkiéj żółtawéj masy. Badanie mikroskopowe treści torbiela wykazało obecność znacznéj ilości komórek wypocinowych, przeważnie rozpadających się ciałek czerwonych, częścią utrzymanych częścią wyługowanych (t. zw. cienie), tłuszczu i mnóstwa kryształów cholestearyny. Ściana zaś torbiela w kilku miejscach badana przedstawia utkanie tkanki łącznéj, zbite. Ani budowa ściany ani téż treść torbiela nie daje am więc pewnéj podstawy do oznaczenia jakości torbiela. Torbiele w jamie brzusznéj napotykane, jeżeli nie są w związku z narządem płciowym, mogą być 1) torbielami otrzewnowemi, 2) torbielami skórzakowemi, 3) torbielami pasorzytniczemi; pomijając jamiste przeobrażenie w nowotworach stałych, powstające w skutek degeneracyi tkanki nowotworowéj, a który to rozpad nigdy nie jest tak doszczętnym, ażeby wszelki ślad nowotworu zniknął. W tym przypadku może rozchodzić się o to, czy mamy do czynienia ze skórzakiem lub z torbielem pasorzytniczym, gdyż położenie pozaotrzewnowe torbiela wyklucza pierwszy rodzaj, t. j. torbiel otrzewnowy. Rozstrzygnięcie stanowcze między skórzakiem a torbielem pasorzytniczym *(echinococcus)* ze względu na brak charakterystycznych składników, jakie oba te rodzaje torbieli cechują, jest również niemożebném, jakkolwiek ze względu na pozaotrzewnowe położenie torbiela i grubą tkąnkołączną ścianę prawdopodobniejszém jest, iż mamy do czynienia ze skórzakiem, którego treść jakotéż ściana przez proces zapalny, którego ślady w treści torbiela się znajdują, uległy zmianie.

2) Kol. Doc. Obaliński odczytał rzecz o zatruciu jodoformowém. (Ogłoszono w Przeglądzie Lek.)

W dyskusyi nad tym przedmiotem opowiedział kol. Kwaśnicki również przypadek zatrucia jodoformowego, który obserwował w roku ubiegłym w szpitalu św. Ludwika, a który dotyczył dziewczynki 8-letniéj, cierpiącéj na wrzód przetokowy pod więzem Pouparta. Podług wszelkiego prawdopobieństwa uległ w tym razie zapaleniu jeden z głęboko leżących gruczołów, skutkiem czego wrzód przybrał postać przetokową z wązkim względnie do dolnych wymiarów otworem. Uwzględniając wielkie naczynia téj okolicy nie rozszerzano otworu, ale idąc za radą wiedeńskich chirurgów (Mossetig, Mikulicz) zasypywano co kilka dni ów wrzód jodoformem. Ponieważ jednak ropienie nie ustawało a opatrunek nadto przemakał i cuchnął, stósowano jodoform częściéj. Po kilku tygodniach chora zaczęła puchnąć na twarzy, a badanie moczu wykazało ostre zapalenie nerek. Usunięto tedy jodoform, a chora pomimo że kilkakrotnie przebyła drgawki z mocznicy pochodzące, wróciła po dwóch tygodniach w zupełności do zdrowia. Za przyczynę zapalenia nerek uważano płonicę przebytą w domu lub niepostrzeżenie w szpitalu. Stan wrzodu bardzo się pogorszył śród cierpienia nerkowego; wydzielina była nader obfita, wodnista, cuchnąca; granulacyje blade. Z tych względów powrócono do jodoformu. Po paru tygodniach powtórnego stósowania nagle wystąpiły drgawki przeważnie jednostronnie, a prawa połowa ciała została porażoną. Chora nieprzytomna zgrzytała zębami, zezowata, policzki czerwone, ciepłota wyżéj 40°C., tętno drobne niedozliczenia, plamy Trousseaua. Wówczas nieznane jeszcze były przypady zatrucia jodoformem, a zwłaszcza w opisanéj postaci mózgowéj. Pomimo przypadków zajęcia podstawy mózgu, zdrowe płuca i nietknięte gruczoły chłonne, oraz przebieg nagły, bez okresu bólów głowy, wymiotów, zaparcia stolca itd. przemawiały przeciw gruźliczemu zajęciu opon; z niepewnością tylko rozpoznawano „Meningitis simplex.“ Chora wśród tych przypadów mózgowych dostała czerwonki złośliwéj i w kilka dni umarła. Sekcyja wykazała: opony mózgowe i mózg bez zmian. W nerkach ślady przebytego niedawno zapalenia. Wrzody dysenteryczne w jelitach grubych; wrzód przetokowy pod więzem Pouparta sięgający pomiędzy mięśnie i naczynia téj okolicy. Nie podejrzywając szkodliwego wpływu jodoformu nie badano wydzieliny wrzodu, czy zawierała skupiony w bryłki jodoform, jak to podali

późniejsi autorowie. Dopiero spostrzeżenia Mikulicza ogłoszone w Przegl. Lek., w których ten autor wspomina, że zatrucie jodoformem czasem objawia się jako gruźlicze zapalenie opon mózgowych, naprowadziły na myśl, że i w przypadku opisanym z niczém inném nie miano do czynienia.

3) Kol. doc. Mars okazał i opisał kleszcze Tarniera, podał sposób ich użycia, wykazał zalety i wady tychże.

4) W końcu przyjęto kol. Karola Gramatykę na zwyczajnego członka Towarzystwa. *Dr. Jan Rosner.*

V. Lekarze i leczenie w Turcyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski
w Kutahii w Anatolii.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 23).

Pełne dziwaczności powyższe fakta łatwo nas przekonają, że praktyka lekarska w Turcyi w ten wykonywana sposób, stała się narzędziem ciemnoty, fanatyzmu a często i zbrodni! Dość bowiem zacytować przypadki pozbywania się płodu, używanie środków mających przypuszczalną własność podniecania potęgi narządu płciowego u mężczyzn, a będzie to dostatecznem do potępienia tak podających rady, jak i ślepo wierzących w takt i zdolność domorosłych praktyków. Być może że dla nieznających tutejszych stosunków opinija moja wyda się nieco przesadną z powodu wiadomości, że dość znaczna liczba młodych ludzi z Turcyi udaje się corocznie do Europy w celu odbycia studyjów na najsłynniejszych fakultetach, i że powróciwszy do kraju z dostatecznym zasobem nauki zajmuje się sumiennie praktyką? Nie jeden mnie zapyta, co robią tacy lekarze i w jakiéj osiedlają się prowincyi, jeżeli cała Turcyja opanowana jest tylko przez szarlatanów? Dla dania stósownéj odpowiedzi, wypada mi na chwilę wprowadzić czytelnika do miast najbardziéj ucywilizowanych w Turcyi, mianowicie do jéj stolicy, ażeby wykazać olbrzymią liczbę lekarzy tu się znajdujących, liczbę w istocie tak znaczną, że nie będzie przesadą, gdy powiem, że więcéj tu jest leczących niż chorych. Powód takiego nagromadzenia się jest bardzo prosty. Lekarze powracający z Europy, gdzie odwiedziwszy wszystkie fakultety wszystko studyjowali, z wyjątkiem medycyny, nie mogąc się spodziewać, że na prowincyi zostaną należycie ocenione ich zdolność i wykształcenie, żyją w nadziei zyskania sobie powodzenia tylko w miastach licznie odwiedzanych przez cudzoziemców, a takiém miastem jest właśnie Konstantynopol. Co więcéj jeszcze, gdyby mi było podobna podać wszystkie szczegóły praktyki cywilnéj lekarzy w téj stolicy, wtedy wzbudziłbym jeszcze większe zdumienie, a nawet i potępienie, stosunków lekarskich w Turcyi. Wyrabianie bowiem dobréj opinii w pośród cudzoziemców, to zadanie niełatwe. Stale wypada więc pozostawać w pośród ludności żywiącéj wiekami uświęcone przesądy i systemy. Z czego wynika, że lekarze, którym nie podobna odmówić wykształcenia fachowego, mieszkając w stolicy, muszą stale walczyć z zasadami najbardziéj przeciwnemi wszelkiéj idei postępowéj, będąc poważani przez rozsądniejszych, lecz nieznajdujący uznania w pośród najliczniejszéj klasy mieszkańców, zacofanych w swych pojęciach. To jeszcze nie dosyć. Jest tu bowiem inna klasa ludności, która dzięki nabytemu wykształceniu, zajmuje środek między dwiema skrajnemi granicami. W stosunkach więc z lekarzem nie potępia jego fachu, nie zaprzecza postępu nauki, lecz nie położy zupełnego zaufania w leczącym, bez poprzedniego naradzenia się z miejscowemi znachorami. I oto co wtedy następuje. Przypuśćmy, że w pewnéj takiéj rodzinie ktoś zachorował. Wtedy pierwszą do zrobienia rzeczą jest zasięgnięcie rady jednego z lekarzy, który odbył swe studyja koniecznie w Paryżu, ponieważ tylko w Paryżu, podług ogólnego tu przekonania, można zostać dobrym lekarzem! Otóż po naradzie u takiego koryfeusza i zastósowaniu przepisanego leku, gdy chory doznał ulgi, to w ciągu kilku dni zwykło się słuchać tegoż samego lekarza. Jeżeli przypadkiem i w ciągu tego czasu chory wyzdrowiał, to wybornie, leczący zdobywa sobie odrazu powagę drugiego ojca medycyny, i tém więcéj bywa ceniony, im mniejsze pokładano w nim zaufanie. Gdy jednak na nieszczęście choroba okazała się groźniejszą, gdy jéj towarzyszy gorączka lub napady dreszczów powtarzających się raz lub nawet parę razy na dzień, wszyscy wtedy zaczynają się niepokoić i bez straty czasu zwracają się do specyjalisty, znanego pod tytułem „gelendżykczy,“ którego lek ma przeciąć szereg napadów chorobowych. Dla zadowolenia zaś otaczających, a bardziéj dla wypróbowania wszystkich możebnych pomocy, nie pomija się i staréj wróżbiarki, któréj rady i środki spełnia się i podaje punktualnie, jednak bez zawiadomienia o tém lekarza. Dla uniknięcia zaś wszelkiego podejrzenia chowa się zwykle buteleczka po cudownych lekach; choremu zaleca się wymyć usta, słowem, tak się wszystko układa, ażeby i lekarz i szarlatan traktowali chorego jednocześnie. Jeżeli zaś stan chorobowy wzmaga się w swéj sile, lub gdy się bardzo przedłuża, rodzina coraz to więcéj zaniepokojona oświadcza się wyraźnie, że nie wie co już ma robić. Wtedy to więc krewni i niezliczona ilość sąsiadów, doradców, rozpoczyna odwiedzać chorego. Każdy z podobnych gości wypowiada swe zdanie, rozpoznaje, rokuje i w końcu spełniając niejako swą misyję daje radę zwrócenia się do jednego ze znanych sobie osobiście specyjalistów, oczywiście zawsze należącego do kategoryi wyżéj wspomnianych praktyków. Gdy rada zostanie wysłuchaną, specyjalista pośpiesza zaimponować zadając lek jemu tylko znany. Bywa to zwykle spora dawka pigułek nieznanego składu, lub powidełka nazywane „Madżinn.“ Często jednak i to zawodzi. A wtedy nie pozostaje jak tylko udać się do specyjalistów duchownego kroju, których leki zwykły wyczerpywać ostatnie już zasoby rodziny chorego. Procedura zaś tych poczciwców jest dość ciekawą. Jedni z nich modlą się tylko; drudzy sprzedają amulety; inni wreszcie zadowalają się bielizną chorego, poddając ją czarodziejskim ceremonijom! Słowem, jeżeli chory wyzdrowieje, to zawsze jednemu z szarlatanów przypisuje się zasługa wyleczenia, ponieważ on był ostatnim z podających rady. Gdy zaś nieszczęściem choroba zakończy się niepomyślnie to oczywiście, wtedy lekarz będzie przyczyną złego. Jego to bowiem przepisy zmniejszyły siłę działania pigułek, płynów, magicznych frazesów i wszystkich innych sposobów.

Takiemi więc są warunki, w jakich wykształcony lekarz musi wyrabiać swoją praktykę i to w mieście najucywilizowańszém w Turcyi! Rzecz więc jasna, że i zawód lekarski pośród wschodniéj ludności przedstawia rozmaite klasy lekarzy, z których jedni zasługują na wszelkie poważanie, drudzy zaś przeciwnie tworzą odszczep godny ogólnéj pogardy tylko. Wpośród tych tak sobie przeciwnych stopni hierarchii fachowéj figuruje jeszcze inna klasa praktykujących bez posiadania zwykłych naukowych kwalifikacyj. Liczba ich jest najliczniejszą w Turcyi. W Stambule zaś, na samém przedmieściu „Pery“ i „Galaty“ wyłącznie prawie zamieszkałém przez Chrześcijan, Ormian i Greków i tak

zwany szczep Lewantynów, obok znacznéj liczby cudzoziemców, można naliczyć parę setek tabliczek z napisami bardzo szumnemi, wysławiającemi tytuły i zalety lekarza, zarówno utalentowanego w każdéj gałęzi medycyny, nie pomijając nawet elektro- i pneumo-terapii, o których mało kto wie tutaj! Tego rodzaju tabliczkowe rekomendacyje są wyborną przynętą dla łatwowiernych. Tłumy udają się szukać pomocy lub rady szumnie tytułującego się „Jatrosa“ i opuszczają go wtedy tylko, gdy doznany zawód da się bardzo uczuć lub gdy władza wytropiwszy podobnego praktyka, zmusi do zdjęcia tytułowéj tabliczki. A i wtedy znajduje się natychmiast sposób do wyjścia. Skompromitowany praktyk najprzód nie traci odwagi. Szybko udaje się do redakcyi dzienników, gdzie podawszy adres i swe tytuły oświadcza gotowość i uprzedza swą zawsze *„nombreuse clientèle,“* niesienia pomocy w każdéj bezwarunkowo okoliczności. Szumne ogłoszenie powtarza się kilka razy. Zwraca wreszcie uwagę czytających, przypomina klientom i oto znowu nasz „Jatros“ powraca do zachwianéj na chwilę sytuacyi. Wprawdzie nie wywiesza tabliczki swéj na drzwiach swego mieszkania, lecz za to poparty przez patryjotów, aptekarzy, nie obawia się więcéj szykan ze strony policyi, pielęgnuje swą brodę i leczy z całym zapałem, nigdy nic nie czyta, dbając tylko o względy aptekarza, któremu najczęściéj zawdzięcza swe powodzenie. Największą jednak plagą dla podobnych praktyków są lekarze wojskowi. Ci bowiem mając tu większe poważanie od wolno praktykujących, bardzo często bywają wzywani na narady. Gdy więc ordynującym był tylko co wspomniany „Jatros,“ spotkanie bywa zwykle burzliwém i kończy się najczęściéj zdemaskowaniem jego charakteru. To téż szumnie zatytułowani unikają zwykle dysput z noszącymi uniform. (C. d. n.)

VI. Zjazd II Lekarzy i Przyrodników czeskich w Pradze.

III.

II. Walne Zgromadzenie odbyte d. 29 maja rb.

O godzinie 3ciéj popołudniu sala na Zofijskiéj wyspie przepełniła się. Posiedzenie zagaił prof. Dr. Šafařik, dziękując za wybór w imieniu własném i obu wiceprezesów: prof. Dra Radziszewskiego i Dra Wankla.

Delegat poznański Dr. Jerzykowski przemówił po polsku temi słowy: „Zjazd przeszłoroczny w Krakowie uchwalił, ażeby IV Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbył się w Warszawie i w celu otrzymania pozwolenia wystósował prośbę do władz rosyjskich; ponieważ odpowiedź jeszcze nie nadeszła, a czas nagli, gdyż Zjazd ma się odbyć za rok, przygotowawczy Komitet IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich wyznaczył Poznań na miejsce Zjazdu. Miłe i zaszczytne przypadło mi zlecenie zaproszenia Was na ten Zjazd szanowni i zacni Koledzy czescy, i żywię nadzieję, że liczny procent drogich nam gości z Czech nawiedzi wiekopomną stolicę. Nie pierwszy to raz przeznaczono Poznań na miejsce Zjazdu; lecz pomimo gorliwego zajęcia się tą sprawą ogółu lekarzy polskich Zjazd w Poznaniu w skutek niezależnych od nas okoliczności nie przyszedł do skutku. Dziś jednak, kiedy trzy poprzednie Zjazdy znalazły powszechne uznanie, nie jakoby były nowością, lecz przez to ścisłe i skuteczne wykonanie zadania naukowego, którego doniosłość została powszechnie ocenioną, żywimy przekonanie, że Zjazd poznański nie tylko przyjdzie do skutku, ale będzie świetnym. Komitet gospodarczy czyni rozległe przygotowania; przeświadczycie się Panowie, że Poznań żywi wielki zapas gościnnego ducha, że znajdzie się w nim serdeczność staropolska dla tych wszystkich, którzy z nami zechcą usiąść do wspólnéj naukowéj biesiady. — Raz jeszcze wzywam Was, Koledzy czescy, przyjmcie zaproszenie nasze, a bądźcie pewni gorącego, szczerego przyjęcia, jako bracia nasi z krwi i ducha. *(Sláva).*

Na to przemówienie odpowiedział prof. Dr. Studnička: Szanowne Zgromadzenie!

W téj chwili złożono nam nowy dowód, jak bohaterscy synowie Lecha cenią wiedzę potomków Czecha. Te dowody sympatyi bratniéj przyjmujemy tém wdzięczniéj, że świadczą one o trwałości zawartych już stosunków szczeréj wzajemności naukowéj; przyjmcie Panowie od Komitetu gospodarczego i od wszystkich moich ziomków najgłębszą wdzięczność za te objawy braterstwa i bądźcie pewni, że doprowadzenie do skutku naszego udziału w Zjeździe poznańskim należeć będzie do najgorętszych życzeń i zabiegów naszych. (Huczne okrzyki: výborně, sláva!)

Następnie prof. Eiselt odczytał list od Zarządu Stowarzyszenia przemysłowego w Czechach, w którém przewodniczący Stowarzyszenia, Dr. Jan Jeřabék motywuje propozycyję zarządu, ażeby II Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich wziął inicyjatywę w postawieniu pomnika Janowi Światopełkowi Preslowi.

Po odczytaniu rzeczonego dokumentu oświadczył prof. Eiselt, że Komitet zjazdowy nad tą sprawą zastanawiał się i przedkłada Zgromadzeniu następującą rezolucyję: „Uznając wielkie zasługi J. S. Presla, II Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich podziela myśl Zarządu Stowarzyszenia przemysłowego, ażeby wystawić pomnik temu mężowi zasług i chlubie czeskiego narodu. Wzywa się Stowarzyszenie przemysłowe, ażeby wspólnie z Stowarzyszeniem czeskich chemików, zarządziło prace przygotowawcze przez wybranie delegatów wszystkich uczonych i przemysłowych stowarzyszeń czeskich, którzy wspólnie z delegatem miasta Pragi utworzyliby Komitet, mający się zająć wystawieniem pomnika godnego J. S. Presla.“

Prof. Šafařik podał tę rezolucyję Komitetu pod głosowanie. Zgromadzeni jednogłośnie i z uznaniem ją przyjęli.

Następnie prof. Wojciech Šafařik odczytał rozprawę **O celach badań chemicznych.** (Odczyt ten w obszerném streszczeniu podamy w Numerze przyszłym, niechcąc rozerwać pięknéj całości, a nie mając dostatecznego miejsca w numerze niniejszym).

Po uspokojeniu się silnego wrażenia, jakie wywarł odczyt prof. Šafařika, odczytano rezolucyję, powziętą na rannem posiedzeniu sekcyi pedagogicznéj. Rezolucyja ta jest następującą: „Drugi Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich, widząc bezcelowość i wadliwość w podziale szkół średnich na realne i gimnazyjalne, oświadcza się za połączeniem szkół średnich. Upoważnia się Komitet Zjazdu, ażeby rezolucyja ta, wraz z memoryjałem doręczoną została p. Ministrowi oświaty i wyznań“.

Zgromadzenie przyjęło jednogłośnie tę rezolucyję.

Nakoniec z porządku rzeczy przypadła czynność przykra, jedyna, w całym programie, która zdołała nas zasmucić a było nią zamknięcie Zjazdu, które ogłosił prof. Dr. Šafařik.

Wiceprezes prof. Dr. Radziszewski przemówił po polsku temi słowy:

„Z pobytu naszego tutaj wiele odnieśliśmy pożytku; przypatrzyliśmy się z blizka Waszéj pracy cichéj i skromnéj, a wielkiéj przez swą wytrwałość i osiągnięte zdobycze. Aby dojść do najwyższych celów, obraliście metodę, która polega na przyrodzonéj podstawie i dla tego do zwycięztwa musi prowadzić. Badania przyrody uczą nas, że z wielkich kataklizmów powstają tylko przelotne i miejscowe zmiany, a na wszystko, co wywiera stanowczy i trwały wpływ na konfiguracyję ziemi, i to co ona wydaje, składają się drobne czynniki, które stają się potężnemi przez swą mnogość i systematyczność działania. Pod wpływem takich niedostrzeżonych ale ustawicznie działających czynników wietrzeje zwolna skorupa lawy wulkanicznéj i zamienia w urodzajną ziemię, na któréj wawrzyn kwitnie i winna latorośl wydaje słodką jagodę. Na miejscu zasypanych Pompejów ścielą się dziś złote łany zbożowe, na gruzach Herkulanum wznoszą się budynki szkolne, tam gdzie starożytne Stabie w przepaść runęły, jaśnieje Castellamare z swoją uroczą przystanią, w któréj wodach odzwierciedla się barwa włoskiego nieba. Takie myśli budziły się w nas, gdyśmy oglądali i podziwiali Wasze zakłady naukowe, zbiory, muzea, biblijoteki, towarzystwa, dzieła sztuki i produkta przemysłu. Widok tego, coście stworzyli w tak krótkim czasie pracą mrówczą, przepełnia nas, którzyśmy z Wami wspólném pochodzeniem, wspólną niedolą i wspólną nadzieją tak ściśle związani, najwyższą zaprawdę radością, taką radością, jaką się zawsze uczuwa, patrząc na tryjumf szlachetnéj sprawy. Lawa, która miała kraj wasz zniszczyć, zamienia się powoli, ale stanowczo, w urodzajną glebę; wawrzyn jeszcze na niéj nie kwitnie, ale się już zieleni latorośl rodząca nektar, który zagrzewa szlachetne serca do dalszéj pracy nad rozwojem nauki, postępu i wolności. Z têm przekonaniem opuszczamy Waszą stolicę, a nie potrzebuję dodawać, że przekonanie to opromieniać będzie wspomnienie braterskich węzłów, jakie między Wami a nami zadzierzgnięte zostały. Na zdar braciom Czechom!"

Piękne przemówienie prof. Radziszewskiego wywarło silne wrażenie, zadrżała sala od burzy przeciągłych oklasków i wołania: „Slâva! Do widzenia!" *Dr. A. Kwaśnicki.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 28 maja do 3go czerwca umarło w Krakowie w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców 19,1 (33,5 z. t.). Z ospy umarło 0 (4 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z krztuśca 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 2 odry, 4 płonicy, 5 krztuśca, 3 duru osutkowego. W tygodniu od 23—29 kwietnia ospa w Londynie zlagodniała. Świeżo zapadło 56, leczyło się w szpitalach 342, umarło 16. W Wiedniu umarło 42, w Pradze 3, w Paryżu 19, w Petersburgu 7. W Warszawie od 19—25 kwietnia 25, w Madrycie od 20—26 lutego 54. Odra rozszerzyła się więcéj w Amsterdamie, Londynie, Paryżu i Manchestrze, złagodniała w Kopenhadze i Edynburgu. Z błonicy umierało więcéj w Paryżu i Petersburgu, nieco mniéj w Stokholmie. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 7, w Granadzie 5, w Murcyi 3. Z febry żółtéj umarła 1 osoba w Rio de Janeiro od 16—28 lutego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 23—29 kwietnia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,8; we Lwowie 37,5; w Poznaniu 25,2; w Wiedniu 38,5; w Budapeszcie 39,4; w Pradze 42,7; w Tryjeście 36,7; w Berlinie 24,8; w Wrocławiu 31,3; w Gdańsku 15,8; w Monachowie 33,1; w Dreźnie 25,4; w Lipsku 19,7; w Bazylei 31,0; w Amsterdamie 27,2; w Hadze 25,7; w Paryżu 31,3; w Londynie 20,4; w Kopenhadze 28,1; w Stokholmie 30,4; w Chrystyjanii 19,2 w Petersburgu 43,2; w Odesie 32,1; w Wenecyi 33,5; w Bukareszcie 31,7; w Madrycie 55,3; w Aleksandryi 32,4; w Nowym Yorku 32,0; w Filadelfii 32,8; w Bombaju 28,0; w Madrasie 34,6. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 15 czerwca. Na posiedzeniu Tow. lekarskiego wiedeńskiego, odbytém w d. 9 bm., Billroth powróciwszy ze Zjazdu chirurgów niem. zdał sprawę z urządzenia ces. niem. urzędu zdrowia w Berlinie, a w szczególności o pracach nad lasecznikiem grużlicy, uznając odkrycie Kocha jako fakt naukowy niewątpliwy, ale przyznając zarazem, że początkowanie w téj kwestyi naukowéj zawdzięczamy Villeminowi.

* D. 31 maja r. b. rozpoczął się w Berlinie XI Zjazd chirurgów niem. pod przewodnictwem Langenbecka. Z pośród licznych wykładów i demonstracyj zasługuje na uwagę Credego o wycięciu śledziony, szczęśliwie dokonaném, przyczém pokazało się, że po operacyi nastąpiła ogromna niedokrewność a gruczoł tarczykowy objął zastępczo funkcyję śledziony pod względem przeobrażenia białych ciałek krwi w czerwone. Dr. Mikulicz (z Wiednia) przedstawił swoj esofagoskop i sposób zastosowania onego a Dr. Rydygier (z Chełmna) dziewczynę, na któréj przed 8 miesiącami wykonał resekcyję żołądka z powodu wrzodu okrągłego.

* W Cieplicach czeskich do d. 11 bm. bawiło gości 2865; w Jaworzu d. 15 bm. osób 110.

* **Wiedeń**. Prof L. M. Politzer prosił o uwolnienie od posady dyrektora Igo zakładu dla chorych dzieci, skutkiem czego posadę tę otrzymał Dr. Kassowitz.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. **Graz**. Prof. nadzw. anatomii patologicznéj w Pradze, Dr. Jan Eppinger, mianowany został zwyczajnym profesorem w Gracu. — **Berlin**. Prof. Leyden otrzymał order czerwonego orła III kl. (zapewne z powodu wieści, że zamierza starać się o katedrę we Wiedniu). — **Budapeszt**. Dziekanem Wydziału Lek. na rok przyszły wybrany został prof. Koloman Balogh; następnie Wydział lek. proponował docenta psychijatryi Laufenauera i prymaryjusza i docenta Stillera na proff. nadzw. — **Insbruk**. Nadzw. profesor chemii lekarskiéj Dr. Wilhelm Löbisch, mianowany został prof. zwyczajnym. — **Wiedeń**. Dziekanem na rok przyszły wybrany został ponownie prof. Vogel, a prodziekanami proff. Ludwig i Meynert. Uczniowie medycyny przygotowują uroczystość dla Billrotha z powodu nieprzyjęcia przezeń katedry w Berlinie.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktora w. n. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Joachim Blumenfeld z Podgórza.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 23: Domańskiego; Przyczynek do nauki o przymiocie mózgu; Sokołowskiego: O nerwobólach klatki piersiowéj, wikłających przewlekłe suchoty płucne (c. d.); Jasińskiego: Uwagi dotyczące higijeny szkół ze stanowiska ortopedycznego. — W *Medycynie* Nr. 23: Dobrskiego: Stanowisko lekarzy w obec prawa w kwestyi przymusowego niesienia pomocy lekarskiéj. — W *Przewodniku gimnast.* Nr. 6: Żulińskiego: Ruch mięśniowy i wpływ jego na zdrowie człowieka (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. St. SMOLEŃSKI (w Jaworzu): Zur Theorie der Herzbewegungen. (Osobne odbicie z „Archiv. für klin. Medicin) in 8vo str. 4.

BILLROTH: O pielęgnowaniu chorych w domu i w szpitalach Przekład z 2go wydania niemieckiego. Warszawa nakładem „Kroniki Lekarskiéj 1882, in 8vo str. 281. (Cena egzemplarza kartonowanego 1 rs. 30 kop.

Dr. BARTOSZEWICZ (w Paryżu): Traitement des affections cutanées par les scarifications, in 8vo Paryż str. 184 (z tablicą).

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Srodę d. 21 bm. w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém odbędzie się odczyt kol. Dr. Wolframma, zapowiedziany na przeszłém posiedzeniu.

Na portret śp. prof. Kozubowskiego złożyli: Dr. Uszyński z Czerniowic 10 zła. i Dr. Lewandowski z Bochni 10 zła. Razem 20 zła.

Do Nru dzisiejszego dla prenumeratorów w Cesarstwie austryjackiém załącza się: Statut Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie konkursu.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę Demonstratora przy Zakładzie sądowolekarskim Uniw. Jagiell. na dwa lata, od 1 października 1882 począwszy.

Posada ta jest połączona z roczną płacą 300 zła.

Podania należy wnieść do 10 lipca rb. na ręce podpisanego Dziekana.

Dr. Stopczański,
t. r. Dziekan Wydziału Lek.

Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego

wydawany nakładem tegoż Towarzystwa pod redakcyją

EDWARDA KLINKA.

Zeszyt II za rok 1882 wyszedł z druku i zawiera.

1) Skórczewski B. Spostrzeżenia nad niektóremi zaburzeniami powstałemi pod przewlekłym wpływem zakażenia malaryjnego.
2) Kołubaj H. Zmiany anatomiczne ślinianek po podwiązaniu głównych przewodów wydzielających.
3) Matlakowski Wł. Kilka spostrzeżeń przepuklin i uwagi nad niemi.
4) Lewiński M. O fizyjologiczném przeciwdziałaniu pilokarpiny i atropiny na ślinianki podżuchwowe.
5) Protokóły posiedzeń Towarzystwa od dnia 3 stycznia 1882 do dnia 18 kwietnia 1882.
6) Protokóły posiedzeń komitetu sanitarnego.
7) Sokołowski Al. O suchotach płuc przymiotowych.
8) Mayzel W. O czerwonéj wodzie źródła we wsi Chojnie.
9) Rachunki Towarzystwa lekarskiego.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 24 czerwca 1882. № 25. Rok XXI.

I. O wiądzie rdzenia pacierzowego [1]).

Wykład miany na posiedzeniu Tow. Lek. krak. w dniu 24 maja 1882.
Przez prof. Dra Adamkiewicza.

Poszukiwania nad rozwojem ludzkiego rdzenia pacierzowego, jakoteż badania tak zwanych spraw zwyrodnienia w nim się odbywających doprowadziły, jak Panom wiadomo, do nowych, zajmujących wyjaśnień, dotyczących budowy rdzenia pacierzowego. Przy śledzeniu sprawy rozwojowéj wykazano, że nie we wszystkich częściach białéj istoty rdzenia pacierzowego wytwarzanie się osłonek rdzeniowych w jednym i tym samym czasie się odbywa. Wykazano owszem, że to wytwarzanie się osłonek rdzeniowych w pewnych odcinkach rdzenia pacierzowego wcześniéj, w innych zaś późniéj następuje. W ten sposób poznano, że rdzeń pacierzowy składa się z różnych obszarów dających się ze względu na swą historyję rozwoju dobrze odgraniczyć i że tém samém cały rdzeń pacierzowy uważać można jako zbiór takich pod względem rozwojowym oddzielnych obszarów. Już przedtém w skutek wielce zachęcających, genijalnych badań T ü r k a, zaczęto ze spraw zwyradniających wysnuwać podobne pojmowanie budowy rdzenia pacierzowego, gdyż i w zwyrodnieniach rdzenia pacierzowego znaleziono, że w pewnéj liczbie przypadków ulegały zwyrodnieniu obszary, dające się między sobą rozróżnić i odgraniczyć zawsze w téjże saméj postaci i rozległości. Na podstawie tych zestawionych wyników badania powstała dzisiejsza nauka o budowie rdzenia pacierzowego, która następnie, wsparta nowemi anatomicznemi i klinicznemi spostrzeżeniami, doprowadziła nas do poznania, że owe ze względu na swą historyję rozwoju i sprawy zwyrodnienia rozróżnić się dające obszary obejmują zawsze pewne grupy dróg nerwowych o zupełnie określonych i właściwych fizyjologicznych czynnościach.

W ten sposób znamy już dzisiaj drogi tak zwanych „włókien piramidalnych“, owych włókien, które przenoszą pobudzenie woli na narządy woli podległe, t. j. na mięśnie.

Wiemy, że te drogi idą z psychomotorycznéj sfery kory mózgowéj przez piramidy i schodzą na dół już to nieskrzyżowane w przednich sznurach, już téż po większéj części skrzyżowane w tak zwanych tylnych sznurach bocznych, aby wreszcie, po połączeniu się z wielobiegunowemi zwojami rogów przednich i z przedniemi korzeniami rdzenia pacierzowego, wystąpić z tegoż. Daléj znamy drogi wychodzące z móżdżku do sznurów bocznych (nazwane po niemiecku *Kleinhirnseitenstrangbahnen*), które zajmują przestrzeń pozostałą między poprzedniemi a obwodem sznurów bocznych. Wreszcie znamy oddzielne drogi, zajmujące tylne sznury, a mianowicie: tak zwane sznury G o l l a lub klinowe i sznury B u r d a c h a lub cienkie.

Według obecnego stanu naszéj wiedzy dzielimy wszystkie patologiczne sprawy odbywające się w rdzeniu pacierzowym na takie, które się wśród powyżéj skreślonych i ze względu na swą czynność w związku ze sobą zostających dróg (lub jak je także nazywamy systemów) rozwijają, nie przekraczając zazwyczaj owych granic, i na takie, które się w postaci rozlanéj w istocie rdzeniowéj szerzą, nie trzymając się wcale anatomicznego rozprzestrzenienia się dróg owych. Tamte sprawy chorobowe uważamy jako schorzenia systemów, te zaś oznaczamy ogólną nazwą zapaleń rdzenia pacierzowego *(myelitis)*, lub jeżeli przebiegają przewlekle, nazwą stwardnień *(sclerosis)*. Schorzenia systemów muszą oczywiście powstawać w samych drogach nerwowych, ponieważ im zupełnie odpowiadają, muszą być zatém schorzeniami miąższowemi. W innych zaś schorzeniach nie potrzebuje koniecznie chorobowa sprawa wychodzić z miąższu nerwowego, lecz albo z miąższu i tkanki międzymiąższowéj równocześnie,

[1]) Rzecz w streszczeniu wyłożona przez autora na posiedzeniu sekcyi wewnętrznéj międzynarodowego Zjazdu lekarzy w Londynie w r. 1881. (*Transactions of the international medical Congres. Vol. I. p. 163, 1881).*

albo téż tylko z téj ostatniéj, gdyż tkanina międzymiąższowa nie odgranicza się według pojedyńczych systemów, lecz rozprzestrzenia się wśród nich w postaci rozlanéj. Już od dawna wiadomo, że ów obraz kliniczny, który Duchenne ujął pod nazwą *ataxie locomotrice progressive*, rozwija się na tle zwyrodnienia tylnych sznurów zazwyczaj w części lędźwiowéj i dolnéj piersiowéj. Jeżeli zaś zwyrodnienie sięga wyżéj, aż do obszaru sznurów Golla, dających się odróżnić tylko w szyjnéj i górnéj piersiowéj części rdzenia, to ogranicza się ono zazwyczaj tylko do owych sznurów. To wspólne pojawianie się ogólnego zwyrodnienia sznurów tylnych w całości, a względnie sznurów Golla wraz z objawami niezborności ruchów doprowadziło do tego, że niezborność ruchów uznano jako skutek zwyrodnienia ograniczonego do całego obszaru sznurów tylnych, i że zwyrodnienie to, dla wspomnianego już ograniczenia, pojęto jako schorzenie systemu. Tak więc zaliczono zwyrodnienie tylnych sznurów, lub jak je z powodu znacznego zaniku istoty rdzeniowéj także wiądem rdzenia pacierzowego (*tabes dorsualis)* mianujemy, w jeden poczet z obustronném stwardnieniem tylnych sznurów bocznych, które jest znaném jako wybitna choroba systemu, i jako takie powszechnie przyjętém.

Przed dwoma niespełna laty miałem sposobność badać zwyrodnienie tylnych sznurów w jednym przypadku klinicznego wiądu rdzenia pacierzowego, w którym przebieżna choroba (udar mózgowy) sprowadziła śmierć pacyjenta wśród przebiegu sprawy wiądowéj, a więc w czasie, w którym takowa nie doszła jeszcze była do zupełnego rozwoju. W tym przypadku okazywały zwyrodnienia sznurów tylnych zupełnie odmienną cechę od dotychczas opisywanego zachowania się sznurów tylnych w wiądzie rdzeniowym. Rozlane zwyrodnienie sznurów tylnych można było tylko co najwięcéj zauważyć w części lędźwiowéj. W części natomiast piersiowéj i szyjnéj rdzenia przedstawiały zwyrodnienia zupełnie właściwy, od systemów samych całkiem niezależny, przebieg. Pozwólcie mi Panowie, w ogólnym zarysie uwidocznić przebieg owych pasm zwyrodniałych (porówn. fig. I).

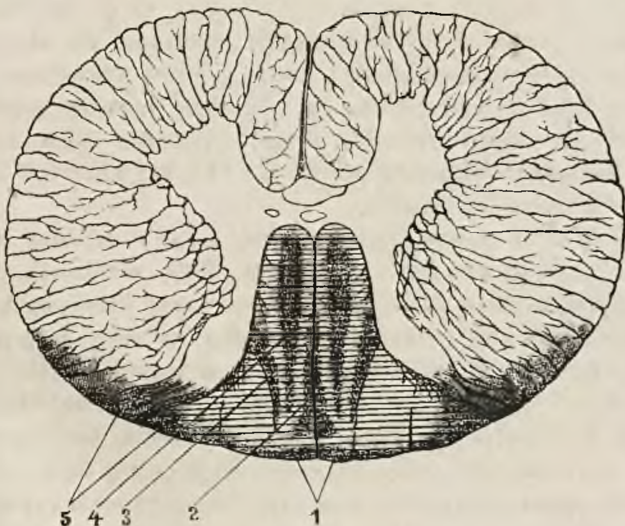


Fig. 1.

W nakreślonéj figurze przedstawia obszar polinijowany przecięcie poprzeczne tylnych sznurów, a więc ów obszar, którego zwyrodnienie wywołuje kliniczny obraz wiądu rdzenia pacierzowego. W naszym tedy przypadku okazały się zamiast zazwyczaj opisywanego rozlanego zwyrodnienia obszaru zacieniowanego następujące, dające się od siebie odgraniczyć i ściśle rozróżnić, obręby zwyrodniałe:

1. Wązki obręb (obacz 1 na fig. I) ciągnący się dokładnie wzdłuż tylnego brzegu sznurów tylnych pomiędzy końcowemi wypustkami obu szarych rogów tylnych. Obręb ten był zaledwie 1mm. szeroki, a przedstawiał zwykłą sieć przewlekłego zwyrodnienia tkanki łącznéj, który to obraz z pewnością jest Panom znany z przewlekłego zapalenia rdzenia, sieć gęstą tkanki łącznéj o wązkich otworkach, która przy wolnym brzegu rdzenia była najsilniejszą, a w kierunku ku przodowi i ku spoidłu stawała się coraz słabszą.

2. Druga podobna sieć (obacz 2 na fig. I) o silniéj i słabiéj rozwiniętych oczkach rozwinęła się zupełnie symetrycznie po obu stronach i w postaci zbliżonéj do trójkąta z tkanki łącznéj osłony, która, jak Panowie na figurze widzicie, wychodzi z tylnego wcięcia (*fissura posterior*), kończy się ku przodowi w tylném spoidle i dzieli obszar sznurów tylnych na dwie przystające boczne połowy.

3. Trzeci obręb zwyrodniały był również symetrycznie i zupełnie podobnie ułożony a biegł (obacz 3 na fig. I) w łuku ku zewnątrz wygiętym a więc ku przodowi rozbieżnie, począwszy od tylnego brzegu sznurów tylnych i kończył się po obu stronach w okolicy tak zwanéj głowy odpowiedniego rogu tylnego.

4. Wreszcie można było odróżnić dwa również symetrycznie po obu stronach przegrody (*septum)* rozpołożone obręby zwyrodniałe, które występowały pomiędzy oboma na ostatku wspomnianemi obrębami, w blizkości tylnego, wolnego brzegu sznurów tylnych, biegły ku przodowi zbieżnie właśnie na granicy pomiędzy sznurami Golla i Burdacha i kończyły się nieco poza tylném spoidłem nabrzmieniem pałeczkowatém. (Obacz 4 na fig. I).

5. Ostatnia para takich symetrycznych obrębów zwyrodniałych towarzyszyła (obacz 5 na fig. I) tylnym wiązkom korzeniowym *(hintere Wurzelbündel)*, rozciągając się od tylnego brzegu rdzenia aż do tylnego końca rogów tylnych.

Otóż nie łatwą było rzeczą, zestawić w związku z dotychczas opisywanym anatomicznym obrazem wiądu rdzeniowego owe właściwe obręby zwyrodniałe, które (nadmienić muszę) po mnie już także inni autorowie widzieli, jak Westphal (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1881, str. 23) i Senator (wspomnienie ustne [1]). Tłumaczenie przeto przezemnie opisanych, a tak odmiennych zmian anatomicznych, napotkać musiało na wcale niemałe trudności.

Po długiém zastanawianiu się i licznych badaniach coraz jaśniéj przekonywałem się, że owe obręby zwyrodniałe muszą zostawać w pewnéj zależności od przebiegu naczyń krwionośnych w obszarze sznurów tylnych a przeciwnie, że są niezawisłe od rozprzestrzenienia się nerwowych systemów, składających tylne sznury Nietylko właściwe sobie ułożenie owych obrębów, którego nie można było pogodzić z systemami nerwowemi, przemawiało za tém przypuszczeniem, lecz także przedewszystkiém swoista cecha, która piętnowała te wszystkie obszary zwyrodniałe. Można było bowiem w nich wszystkich, jak to przy pierwszém zwyrodnieniu opisałem, pewien punkt wyjścia zwyrodnienia rozpoznać, z którego owe pojedyńcze obręby swój początek wzięły i młodsze siateczki tkanki łącznéj dążące od owego punktu ku obwodowi, a wskazujące kierunki, w jakich powstało zwyrodnienie. Otóż szerzenie się młodszych siatek wskazywało, że patologiczny rozwój tkanki łącznéj postępował zawsze od środkowych linij, mieszczą-

[1]) Na posiedzeniu towarzystwa fizyjologicznego w Berlinie w dniu 14 kwietnia 1882.

cych w sobie punkt wyjścia zwyrodnienia na obie strony w kierunku prostopadłym do przebiegu tychże linij środkowych. Tylko w pierwszém opisaném zwyrodnieniu wciskała się bujająca tkanka łączna od wolnego brzegu tylnych sznurów jedynie w kierunku ku przodowi.

Ten sposób rozprzestrzeniania się przypominał cechę rozgałęzień naczyniowych, pomijając już zupełnie, że w rzeczy saméj w czterech ostatnich opisanych obszarach zwyrodniałych nadzwyczaj często napotkać można było przy badaniu mikroskopowém właśnie wzdłuż ich linii środkowéj przebiegające pnie naczyniowe, lub przynajmniéj mniejsze kawałki tychże. Jeżeli jednak niezbitém było, że owe obręby zwyrodniałe szły w ślad rozgałęzień naczyń drobnowidowych, to już tém samém było jasném, że sprawa wiądowa nie była sprawą toczącą się pierwotnie w ceweczkach nerwowych, lecz że sprawę tę należało pojąć jako zwyrodnienie międzymiąższowe tylnych sznurów, które wychodząc od pewnego układu naczyń w sznurach tylnych, doprowadziło powoli do następowego zwyrodnienia ceweczek nerwowych. Wiemy przecież, że we wszystkich narządach miąższowych tkanka łączna jest niejako łożyskiem naczyń krwionośnych i że dla tego przewlekłe, międzymiąższowe zwyrodnienie tkanki łącznéj postępuje za przebiegiem i kierunkiem naczyń. Tak dzieje się np. w marskości wątroby, gdzie tkanka łączna, towarzysząca od torebki Glissona naczyniom krwionośnym, sprowadza w skutek swego bujania i następnego marszczenia się zanik miąższu wątrobowego.

W myśl takiego pojmowania sprawy wiądowéj możnaby dawne wywody z memi wywodami w ten sposób pojednać, że przypuścimy, iż tylko w świeżych przypadkach wiądu rdzenia, gdzie pojedyncze obręby zwyrodniałe nie oddaliły się jeszcze zbyt daleko od swych środków, można je jeszcze jako oddzielne obszary od siebie odróżnić. Późniéj atoli, gdy się owe obszary więcéj oddalają od swych środków i gdy się następnie nawet zlewają ze sobą, wtedy zajmują dopiero cały system tylnych sznurów i zamieniają cały obszar tychże w jedno rozlane, zwyrodniałe pole, tak, jak to zwykle opisują w wiądzie rdzenia pacierzowego.

Ażeby tedy co dopiero przytoczone pojmowanie krytycznie roztrząsnąć, a jeżeli jest możliwém, udowodnić, należało, rozumie się, dostarczyć dowodu, że powyżéj opisane obręby zwyrodniałe rzeczywiście odpowiadały zupełnie naczyniom ze względu na ich przebieg i rozpołożenie. Wprawdzie z prac Rudanowskiego, Dureta i innych wiedziano nieco o ogólnych stosunkach krążenia w rdzeniu pacierzowym, nie znano jednak nic szczegółowszego o rozgałęzieniu się naczyń, mianowicie w rdzeniu ludzkim prócz tego, że szara istota więcéj obfituje w naczynia, niż biała. A tak nastręczyło mi się samo przez się zadanie zbadać dokładnie stosunki rozprzestrzenienia się naczyń w rdzeniu ludzkim i roztrząsnąć, na podstawie otrzymanych wyników, powyżéj skreślone zapatrywanie na sprawę wiądową rdzenia. Nie chcę się Panowie zatrzymywać nad szczegółowém postępowaniem przy nastrzykiwaniu naczyń rdzenia, ani téż nad metodami, jakiemi posługiwałem się przy robieniu odpowiednich preparatów, tych zaś, których to więcéj zajmuje, odsyłam do méj nie dawno wydanéj pracy: *Die Blutgefässe des menschlichen Rückenmarkes. (Sitzungsberichte der Wiener Akademie der Wissenschaften. Mathem. naturwissenschaftl. Cl. III Abtheilg. November-Heft, 1881, Bd. LXXXIV).*

Tu pozwólcie mi Panowie tylko krótki rzucić pogląd na całą zajmującą sieć naczyniową ludzkiego rdzenia pacierzowego, a nieco szczegółowiéj skreślić rozgałęzienie się naczyń w tylnych sznurach, ponieważ tego nasz temat wymaga.

Większe tętnicze gałązki, odchodzące po części od tętnic międzyżebrowych, a po części lędźwiowych, tworzą wzdłuż całego przebiegu przedniego wcięcia rdzenia nieprzerwany łańcuch zespoleń naczyniowych. Z tego łańcucha zespoleń, drążą w miejscach zwróconych ku wspomnianemu wcięciu małe tętniczki w kierunku poziomym przez całą głębokość wcięcia przedniego ku istocie szaréj aż do przedniego spoidła. Te tętniczki, które z powodu ich przebiegu tętniczkami rowkowemi (*arteriae sulci*) nazywam, przebiegają mniéj więcéj równolegle do siebie i tworzą wzdłuż całego rdzenia pacierzowego jak gdyby drabinę, w skutek czego zostaje cały rdzeń pacierzowy podzielonym na poszczególne odcinki lub obszary odżywcze. Przekonałem się, że około 260 do 270 takich obszarów odżywczych znajduje się w rdzeniu pacierzowym ludzkim. (Dok. nast.).

II. Czy było otrucie fosforem?

(Rzecz wyłożona na posiedzeniu Tow. Lek. Gal. we Lwowie dnia 5 listopada 1881).

Przez Dra Mahla.

Niedawno zdarzył się we Lwowie przypadek choroby i śmierci, który z powodu zarządzonéj z urzędu sekcyi dotknął niemile pewnych kół towarzyskich, nabył rozgłosu w mieście, dał powód do polemiki dziennikarskiéj, a nawet stał się przyczyną interpelacyi w Radzie miejskiéj. Ponieważ w przypadku owym byłem czynnym, czuję się w obowiązku zdać o nim sprawę szan. kolegom.

Z końcem września 1881 zawezwano mnie o godzinie $6^1/_2$ wieczór do 16-letniéj panny R. Od rodziny dowiedziałem się, iż chora od trzech dni była cierpiącą, że wymiotowała przez dwa dni, trzeciego dnia miało jéj być lepiéj, lecz dziś znowu od rana wymiotuje, i to co pięć minut. Badanie wykazało: odżywienie dobre, cera żółtawo blada, wyraz twarzy ckliwy, na czole pot zimny, odnogi i nos zimne, przytomność nie zupełna, źrenice rozszerzone, tętno 104, tętnica sprychowa daje się lekko ucisnąć, podskakuje pod palcem, ciepłota nie podwyższona, wymiociny barwy brunatnéj bez zapachu. Co do podmiotowych przypadów, to chora żali się tylko na ból w okolicy żołądka. Poleciłem lód do połykania tudzież lewatywy z wody i octu. Około 10éj wieczór, gdy przyszedłem powtórnie do choréj, zastałem bezprzytomność większą niż pierwszym razem i przywidywania; wymioty ustały. Za 3ciéj bytności o godzinie 3ciéj w nocy znalazłem chorą bezprzytomną, krzyczącą, z twarzą chłodną, zapadłą, i spostrzegłem tkliwość w najwyższym stopniu na ucisk w dołku podsercowym, tudzież stolce krwawe. Ponieważ w rodzinie choréj zdarzył się już przypadek otrucia, objawów zaś gwałtownych choroby nie mogłem sobie inaczéj wytłumaczyć jak przez działanie trucizny metalicznéj, począłem więc badać brata pacyjentki, czy siostra w ostatnim czasie nie miała jakiego powodu do samobójstwa. Zagadnięty przyznał, iż chora odgrażała się, pokazując kawałek „siarki“ wedle jego mniemania, jako zbawienny dla siebie środek. O $5^1/_2$ zrana chora umarła śród objawów porażenia serca i mózgu. W takim stanie rzeczy czułem się obowiązanym w obecności najstarszego brata uwia-

domić lekarza dzielnicy o zaszłym przypadku, i opowiedzieć mu przebieg choroby, zwyż nakreślony. Kolega przyznał prawdopodobieństwo otrucia, i doniósł o zdarzeniu sądowi. Ze śledztwa zarządzonego, okazało się, iż zmarła, jako kopciuszek w rodzinie, mogła się czuć upośledzoną i popełnić samobójstwo. Sekcyję wykonał lekarz miejski Dr. *. trzeciego dnia po śmierci, a w protokole sekcyjnym zapisał, iż znalazł u osoby dobrze odżywionéj z cerą twarzy blado-żółtawą, opuchlinę mózgu, liczne wynaczynienia wielkości główki od szpilki tak na opłucnych jakotéż na osierdziu, mięsień sercowy wiotki, na przekroju lekko stłuszczony, wątrobę wielką, stłuszczoną, zielono zabarwioną z bańkami powietrza jako oznakę zgnilizny; błonę śluzową żołądka jakotéż dwunastnicy powleczoną cieczą ciemną, mazistą, po zmyciu któréj błona żołądka przedstawia się ostro zaczerwienioną, zaczerwienienie atoli nie przekracza dwunastnicy; płyn mazisty znajduje się téż w krtani, na dowód, iż zmarła wymiotowała silnie; nerki miernie powiększone, stłuszczone; objawów zapalenia otrzewny nie ma. Rozpoznanie pośmiertne: *gastro-enteritis acutissima probabiliter toxica.* Na podstawie tego orzeczenia sąd polecił oddać żołądek chemikowi do zbadania; ten atoli trucizny nie znalazł. Rozchodzi się więc w przypadku powyższym o to, czy w obec klinicznych objawów tudzież wyniku sekcyi rozpoznanie otrucia jest prawdopodobném? Wiemy, że ostry zanik wątroby podobnie przebiegać może, lecz towarzyszy mu gorączka silna, a już 3go dnia da się wykazać zmniejszony wymiar wątroby, nadto rzadka ta słabość występuje najczęściéj po połogu. Ostre zapalenie otrzewny trzeba także wykluczyć, gdyż nietylko stan był bezgorączkowy, nietylko ból był ograniczony do dołka żołądkowego, ale i wysięku w jamie brzusznéj nie można było wykazać nawet po śmierci. Tak samo wykluczyć można dur i cholerę. Pozostaje więc otrucie. Ze względu zaś na ostre stłuszczenie organów tudzież wynaczynienia na błonach surowiczych przypuścić wypada, że trucizną był fosfor. Dlaczego za życia wymiociny nie dawały cechującego zapachu czosnkowego, i nie okazywały fosforescencyi, tłumaczy się w ten sposób, że zanim lekarza wezwano, chora cierpiała już od 3ch dni, wymiotowała, lecz cierpienie taiła, wychodząc za każdym razem do wychodka, położyła się zaś o łóżka dopiero 3go dnia, gdy już wystąpiły objawy nerwowe a mianowicie majaczenie i bezprzytomność. Wtedy oczywiście wymiociny mogły już nie okazywać cech otrucia fosforowego. Dla czego zaś chemik trucizny w żołądku nie wykrył, tłumaczy błędne postępowanie kolegi sekcyjonującego, który treść żołądka wypuścił, a późniéj błonę śluzową żołądka przepłukiwał, aby się lepiéj przypatrzyć jéj wyglądaniu. Że fosfor może pozostać niewykrytym po śmierci mimo niewątpliwego nim otrucia, dowodzi przypadek prof. Sonnenscheina, przytoczony przez Caspera. Troje dzieci podzieliło się łakocią, zaprawioną fosforem, celem tępienia szczurów. Dwoje wyzdrowiało, a u trzeciego zmarłego prof. Sonnenschein nie mógł chemicznie wykazać fosforu ani w treści żołądka, ani też we krwi jako kwasu fosforawego; a przecież nie było najmniejszéj wątpliwości co do otrucia, sam bowiem chłopiec przyznał przed śmiercią, iż zjadł 2 razy tyle łakoci zatrutéj, co jego rodzeństwo. Podobnież w innym przypadku, podanym w czasopiśmie *Vtljschrift f. gerichtliche Medicin* z października 1880 str. 362, badanie chemiczne nie wykryło fosforu. Przypadek był następujący: Siedmnastoletni H., dobrze odżywiony i silnéj budowy wrócił z podróży 2go lutego wieczór. Nazajutrz o 11 przedpołudniem zaniemógł, wymiotował, żaląc się na ból w dołku podsercowym, wymiociny miały według podania otaczających zapach „siarkowy“. Dr. Stumpf, zawezwany 3go lutego, znalazł chorego w łóżku, wyraz twarzy ckliwy, tętno małe, miękkie, dołek podsercowy wydęty, bolesny przy ucisku. Przez następne $1\frac{1}{2}$ dnia pacyjent majaczył, 3go dnia wystąpiła żółtaczka, ciepłota podniosła się do 38,5; 5—7 dnia stan chorego się polepszył, tak że chciał wyjść z pokoju, okazywał nawet łaknienie, 7go dnia nad wieczorem powtórzyły się wymioty cieczy ciemno brudnéj, a o godzinie $6\frac{1}{2}$ nastąpiła śmierć. Sekcyja, wykonana po 2ch dniach, wykazała co następuje: skóra żółto zabarwiona, krew czarniawa, mazista, mięsień sercowy równie jak mięśnie odnóg stłuszczone zawierają pod drobnowidem krople tłuszczu; błona śluzowa żołądka ciemno brunatna, rozpulchniona i powleczona płynem mazistym; wątroba powiększona, ciemno żółta, stłuszczona; nerki powiększone, kłębki występują jako czerwone punkciki, pod drobnowidem widać w przybłonkach krople tłuszczu. Mimo oznak powyższych wynik rozbioru chemicznego był ujemnym. Uwagi godną rzeczą jest, że i w tym przypadku chory, wymiotowawszy przez dwa dni, miał się 5go dnia lepiéj. Mogłaby tylko zachodzić wątpliwość, czy ponownego pogorszenia przyczyną nie było ponowne zażycie trucizny.

Czy w przypadkach takich, jak powyższe, uwiadomienie władzy ze strony lekarza jest usprawiedliwioném, zostawiam ocenie szan. kolegów [1]).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Kaposi: **Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten in Vorlesungen für praktische Aerzte und Studirende.** II wydanie poprawne i pomnożone, połowa 1sza. Wiedeń i Lipsk 1882, Urban und Schwarzenberg.

Zaledwo trzy lata upłynęło od ukazania się pierwszego wydania patologii i terapii chorób skórnych Kaposiego a już nastała potrzeba wydania drugiego. Najwymowniejszy to dowód pożyteczności tego podręcznika, który napisany jest w formie niezwykłéj u autorów niemieckich, t. j. w formie wykładów.

Autor rozpoczyna od dokładnéj historyi rozwoju dermatologii, podaje potém anatomiję skóry tak dokładnie, jak mi się nie zdarzyło czytać w innèm dziele dermatologicznèm, choćby o wiele obszerniejszém, i uwzględnia należycie fizyjologiję skóry, którą w pierwszém wydaniu nieco po maco-

[1]) *Uwaga Redakcyi.* Nie ulega wątpliwości, że w danym przypadku ordynaryjusz był obowiązany zawiadomić Władzę. Bieg choroby i wynik sekcyi prawie niewątpliwie przemawiają za otruciem fosforowém a ujemny wynik badania chemicznego niczego nie dowodzi. Przypadki otrucia fosforowego wcale nie są rzadkiemi, a wiadomą jest rzeczą, że czasem truciznę wykazać można nawet w kilka tygodni po śmierci otrutego, ale tylko wtedy, jeżeli bieg choroby był bardzo ostry. Im dłużéj trwa choroba, tém wybitniejsze są zmiany anatomiczne, ale tém trudniéj fosfor za pomocą przyrządu Mitscherlicha można wykazać. Znany nam przypadek, w którym dziewczyna młoda umarła w ciągu 24 godzin. za życia treść żołądka wypompowana nie wykazała fosforu, wynik sekcyi był ujemny, dopiero po nacięciu jelita ślepego rozlegała się woń charakterystyczna, a badanie chemiczne bezpośrednie po sekcyi uskutecznione wykazało owe piękne, przekonywające objawy świetlne, które jeszcze w kilka dni późniéj występowały. Ustawanie wymiotów, jak w ostatnim przypadku, zdarza się czasem, jak niemniéj polepszenie pozorne, a nie potrzeba w takim razie przypuścić ponownego zażycia trucizny.

szemu traktowano. Widać, że autora uderzyć musiała ta luka w pierwszém wydaniu i za wielką zasługę poczytać mu trzeba, że, korzystając z prac Landoisa, Hauschilda, Séguina i innych umieścił w części fizyjologicznéj to wszystko, co niezbędném jest do zrozumienia przebiegu wysypek i wpływu, jaki wywierają na cały ustrój. W następnych trzech wykładach omawia symptomatologiję ogólną, etyjologiję i terapiję ogólną chorób skórnych; ta część jest po mistrzowsku obrobiona; tylko lekarz niezwykle utalentowany z doświadczeniem bardzo wielkiém potrafi tę część zawiłą dermatologii opisać w sposób tak przystępny a przecież czysto naukowy. Przechodząc do części szczegółowéj rozpisuje się autor nad znaczeniem anatomicznéin i klinicznéin zapalenia skóry, opisuje zwięźle i jasno zmiany, jakie sprowadza zapalenie ostre skóry, zatrzymuje się dłużéj przy wysypkach ostrych zaraźliwych, mianowicie przy ospie, którą z uderzającą dokładnością opracował. Nie tu miejsce spierać się z autorem, czy zdanie jego o tożsamości ospy wietrznéj (*Varicella*) i ospy prawdziwéj (*Variola*) jest słuszne lub nie? również spierać się nie myślę o to, czy różyczka (*rubeola*) niczém innéin nie jest, jak tylko prostą odmianą odry. Na opisaniu pierwszéj gromady wysypek wypocinowych przewlekłych, to jest łuskowych, kończy się pierwsza połowa podręcznika, który niewątpliwie do najlepszych podręczników dermatologii należy. Dzieło to odznacza się przedewszystkiém jasném opisaniem zmian chorobowych, które wiernie oddaje obraz chorobowy, do czego się niewątpliwie przyczyniają liczne a wyborne drzeworyty. Nie obciążone podaniem rozwlekłém literatury i rozbiorem krytycznym różnych przypuszczeń, podaje, co w dermatologii nauką i doświadczeniem jest stwierdzone. Przy coraz wzrastającéj potrzebie obznajomienia się dokładnego z chorobami skóry, podręcznik Kaposiego stanie się niezbędnym dla każdego lekarza praktycznego, który dzieło to przeczyta nietylko z wielkim pożytkiem ale z prawdziwą przyjemnością. Spodziewamy się, że druga połowa dzieła wkrótce się ukaże. *Dr. R.*

E. Albert: **Lehrbuch der Chirurgie und Operationslehre.** 3ci tom. Drugie przerobione i pomnożone wydanie. Urban et Schwarzenberg 1882.

Niezmordowany autor i skrzętna firma, to dwa warunki sprzyjające temu, że szybko po sobie pojawiają się pojedyncze tomy. Tom trzeci najsłuszniéj może usprawiedliwia nazwę wydania pomnożonego, nigdzie bowiem autor nie miał tyle sposobności do przeróbek i dodatków jak tu, gdzie mowa o chirurgii jamy brzusznéj, w któréj zdobyli chirurdzy w ciągu ostatnich trzech lat znów nowe pole dla swéj odwagi. To téż przybywają w niniejszym wydaniu artykuły o resekcyi jelit i części odźwiernikowéj żołądka, o całkowitém wyjęciu macicy, a dodano nieco z nowszych doświadczeń mówiąc o laparotomijach i o chirurgii nerek.

Ztąd téż przybyło kilka bardzo udatnych drzeworytów, a w ogóle kilka rozdziałów; nadto poprzestawiano lub podzielono inne chociaż co do treści niezmienione rozdziały, tak że zyskał na tém ogólny układ dzieła. Strona techniczna wydawnictwa jest równie staranną jak i w pierwszych dwóch tomach. *Doc. Dr. Obaliński.*

Aktynomykoza człowieka. Nowa choroba zakaźna.

(Sprawozdanie z dzieła Ponficka p. t. *Die Actinomycose des Menschen.* (Berlin, 1882). Podał J. Schaitter.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

IV. W przypadku czwartym choroba rozwinęła się bezpośrednio po wyjęciu zęba trzonowego. Obrzęk powstały na szczęce dolnéj, rozszerzywszy się na twarz, szyję i kark, utrudniał coraz bardziéj żucie i połykanie, i sprowadził zupełne zwarcie szczęk. 45-letni chory zakończył życie wśród objawów wyniszczenia z powodu niemożności połykania, obok rozległego ropienia we wspomnianym obrzęku i skrobiawicy narządów gruczołowych. Sekcyja wykazała: bliznę kostną w miejscu wyjętego zęba; zbliznowacenie żwaczy, wśród licznych przetok, wybujałości ziarninowych w odpowiedniéj stronie twarzy szyi i karku; ognisko okołokręgowe z licznemi wyroślami wszystkich otaczających kości; próchnienie stawów pomiędzy kością połykową a pierwszym kręgiem, przebicie trzonu i skrzydła kości klinowéj z następowém szerzeniem się sprawy wśród opon cienkich i saméj istoty korowéj mózgu w płacie skroniowym i czołowym; zakrzepicę w żyłach szyjnych i zatoce poprzecznéj po lewéj stronie; nacieki serowate około-oskrzelowe w obu płucach, wrzody w jelitach, skrobiawicę śledziony, wątroby, nerek i przewodu pokarmowego.

Tak samo jak w poprzednio opisanych przypadkach, wykazał Ponfick w tkance granulacyjnéj właściwe twory pasorzytnicze. Ziarna swoiste badano jeszcze za życia chorego, znajdując je obficie w ropie z przewodów na twarzy i szyi. Te same cechy można było stwierdzić tak w ziarnach wydobytych z ognisk okołokręgowych jakoteż rozsianych w gruczołach krézkowych w postaci zmian serowatych, powstałych z rozpadu tkaniny nowowytworzonéj.

V. W przypadku ogłoszonym przez Weigerta, w którym rozpoznano: *Peripleuritis*, rozwinęły się wśród leczenia chirurgicznego objawy ze strony narządu oddechania, skutkiem których chory po 6ciu miesiącach choroby życie zakończył. Sekcyja wykazała podobne zmiany jak w pierwszym przypadku Ponficka, z następowemi zmianami w przeponie, ropniami w wątrobie. Badanie drobnowidowe stwierdziło w ropniach i w tkance otaczającéj grzybki promieniste, wykryte przez Bollingera u wołu a przez Ponficka i Israëla u człowieka.

We wszystkich przypadkach, gdzie zmiany aktynomykotyczne spostrzegano tak u człowieka, jak u wołu i wieprza, owe żółte ziarna, znalezione wśród produktów patologicznych, uchylały zawsze wszelkie wątpliwości rozpoznawcze; pozostają one bezsprzecznie w najściślejszym związku z napotykanemi zmianami chorobowemi. Oczyszczone dokładnie z przylegających cząstek miazgi i ropy, najpodobniejsze do nasion niektórych roślin, przy małém powiększeniu tylko najmniejsze z nich są osobnikami, większe bryłki powstały z dokładnego splątania kilku lub kilkunastu malych osobników o powierzchni malinowatéj. Badając dokładniéj, nawet bez szczególniejszéj preparacyi, można spostrzedz, że każdy zrazik téj malinowatéj powierzchni jest główką pałeczkowatéj gałązki, któréj cieńszy koniec ginie w głębi ziarna, dokładnie kulistego, lub nieco jajowatego. Znacznie trudniéj dojść budowy wnętrza samego ziarna, co osiągnąć można rozgniótłszy je na szkiełku. Właściwe jądro stanowi zwój powikłanych cienkich włókienek, z tych rozpromieniają się we wszystkich kierunkach nitki, stanowiące warstwę średnią ziarna, którego powierzchnia składa się z mnóstwa maczugowatych i pałeczkowatych zgrubiałości, osadzonych na końcach wspomnianych nitek i ustawionych ściśle obok siebie. Zadziwia ich odporność na działanie zgęszczonych kwasów mineralnych i alkalijów; eter i wyskok uwydatniają obraz, rozpuszczając miazgę tłuszczową; barwikami jak hematoksylinem, kwasem pikrynowym i jodem chętnie nasiąkają, co się również przyczynia do ich dokładniejszego poznania.

Co do zmian postępowych, mianowicie dzielenia i rozplemieniania się tych tworów pałeczkowych, są dotąd zdania podzielone. Ze zmian wstecznych spostrzegano nacieki tłuszczowe i osadzanie się soli wapniowych wśród tych grzybków, częściéj atoli w grzybkach pochodzących z organizmów zwierzęcych niż z człowieka. F. Cohn, de Bary i Pringsheim twierdzą zgodnie, że to są rzeczywiście twory grzybkowe z rodzaju pleśni, odmiana jednak dotąd nieznana i różniąca się tak dalece od wszystkich znanych, że ich na razie do żadnéj gromady zaliczyć nie można.

Biologija tych grzybków mało dotąd przedstawia dodatnich spostrzeżeń, mimo hodowli przedsiębranych przez Harza i Johnego w najrozmaitszych cieczach odżywczych, w ciepłocie od +32° do +38° C. Jakikolwiek jednak wyrok zapadnie co do ich stanowiska w systematyce i znaczenia bijologicznego, dziś jest już pewném, że szerzenie się sprawy chorobowéj i niszczenie organizmu wśród aktynomykozy, pozostaje w ścisłym związku z powolném bujaniem i krzewieniem się tych pasorzytów. Gdziekolwiek bowiem pojawiają się produkty nowotworowe, czy to w postaci spraw zapalnych ropnych, czy proliferacyi tkanki granulacyjnéj, wszędzie nie tylko towarzyszą ziarna lecz są przyczyną zmian patologicznych. O prawdziwości tego zdania świadczą dosadnie wyniki szczepienia i wstrzykiwań istót właściwą chorobę sprowadzających. W tym kierunku czynił Ponfick doświadczenia, żywiąc zwierzę masami zakaźnemi lub szczepiąc je do przodkowéj komórki oka i jamy otrzewnowéj, mieszcząc takowe pod skórą, błonami śluzowemi, i wstrzykując w zawiesinie do układu naczyniowego. Króliki i psy nie podpadały nigdy chorobie, jakimkolwiek sposobem wprowadzano przyrzut do ich organizmu; natomiast wół, najczęstsza ofiara tego pasorzytu, okazywał najmniejszą odporność względem sztucznie wprowadzonego przyrzutu. Żywienie nie sprowadzało nawet w tych przypadkach ogólnego zakażenia, szczepienie, a szczególniéj umieszczanie istót chorobotwórczych w jamie otrzewnowéj, wywoływało stale po kilku tygodniach zmiany miejscowe, które po kilku miesiącach obejmowały cały organizm; również wstrzykiwanie do naczyń sprowadzało po kilku miesiącach typowe zmiany w miąższu płuc.

Na podstawie 16tu przypadków znanych sobie z doświadczenia własnego, częścią z literatury, stara się Ponfick skreślić rys patologii aktynomykozy człowieka. Kazuistyka, na któréj opiera swoje spostrzeżenia, jest zanadto małą, aby dozwoliła skreślić dokładny obraz téj choroby, wielu szczegółów braknie i dalsze obserwacyje będą je musiały uzupełniać, jest to jednak jedyny racyjonalny sposób zwrócenia uwagi szerszych kół na nowy nabytek patologii ludzkiéj i pobudzenia do zbierania obszerniejszego materyjału, co jest bardzo pożądaném nie tylko z czysto naukowych lecz i ze względów praktycznych. (C. d. n.)

Martin: **Poszukiwania nad gruźlicą.**

Martin zastrzykiwał w jamę brzuszną świnek morskich masę serowatą gruźliczą. Po kilku tygodniach znalazł gruźlicę prosówkową nie tylko na otrzewnie, lecz także w wątrobie i śledzionie, płucach i innych narządach. Skoro jednakowoż użył do wstrzykiwań ciał obojętnych, jak widłaku (*lycopodium*), lub nieco drażniących, jak pieprz, także znalazł po kilku tygodniach guzki na różnych organach, które tak makro- jak i mikroskopijnie niczém się nie różniły od poprzednich gruzełków, a w jednym przypadku usadowiły się nawet w tkance podśluzowéj kiszki. Tak w gruzełkach z pierwszych doświadczeń, jak i z drugich, znajdowały się komórki olbrzymie. W komórkach tych olbrzymich znajdowały się niekiedy w samym środku ciała obce, do ustroju wprowadzone. — Na podstawie tych doświadczeń Martin potwierdza zdanie swych poprzedników, że gruźlica da się zaszczepić, i że przez zaszczepienie wywołuje znów gruźlicę, ale zarazem dowodzi, że i inne ciała obojętne wywołują takie same zmiany, jakie znajdujemy w prawdziwéj gruźlicy. Charakterystyczném znamieniem gruźlicy istotnéj i zmian nią wywołanych jest możność generalizacyi. Téj własności gruźlica, ciałami obcemi i obojętnemi wywołana, zdaniem autora, nie posiada. Proces zserowacenia nie jest charakterystycznym, bo jest on, według autora, tylko wynikiem zmian w tętniczkach. — Martin odróżnia więc gruzełek zakaźny od niezakaźnego. *(1) Nouvelles recherches sur la tuberculose spontanèe et experimentale des séreuse (tuberculose et scrophulose). Arch. de Phys. 1881 p. 29. — 2) Recherches sur les propriètes infectieuses du tubercule. Arch. d. Physiol. 1881, p. 272).*

Dr. Kopff.

Prof. Moleschott: **O jodoformie w cukrzycy.**

Cztery lata ubiegają, od czasu, kiedy M. po raz pierwszy ogłosił spostrzeżenia swe, odnoszące się do pomyślnego działania jodoformu w niektórych cierpieniach zewnętrznych, spostrzeżenia te stwierdzono powszechnie, a kiedy dziś uzyskał jodoform jako środek przeciwgnilny pierwsze miejsce między tylu współzawodnikami, z pewną wiarą i nadzieją przyjmujemy nowe spostrzeżenie M. o skutkach pomyślnych jodoformu w cukrzycy i radzibyśmy jak najprędzéj o tém się przekonać i podawanie jodoformu na próbę i w wielu innych chorobach rozpowszechnić.

Spostrzeżenia M. odnoszą się tylko do pięciu przypadków, dla tego ogłaszając je tymczasowo zastrzega sobie na późniéj sąd stanowczy.

Przypadek 1). Pewien znakomity matematyk włoski, lat 63 liczący, dotknięty cukrzycą wydzielał w 2·30 litrach moczu o c. g. 1017, 19·40 grm. cukru na dobę. Po używaniu salicylanu sodowego zmniejszyła się ilość moczu do 1.500 grm., ilość cukru utrzymywała się w ilości nieco po nad 1 grm. na dobę, a gdy stan taki trwał bez zmiany przez 5 tygodni, podał M. choremu jodoform w ilości 0.10 dziennie w 2 dawkach, a cukier z moczu ustąpił już po 12 dniach i nie było go ani śladu w dalszych 34 dniach.

Przypadek 2). Mężczyzna 40-letni z obrzmieniem śledziony i wątroby po przebyciu zimnicy złośliwéj cierpiał na cukrzycę i był bardzo chudy i wynędzniały. Przy codzienném podawaniu 0·10 jodoformu nie wykazano ani śladu cukru w moczu od 26 czerwca do 19 sierpnia 1880, a ciężar ciała powiększył się o 1.50 kilogr. Po 10 tygodniach przybyło chorego na wadze o 2.50 kilogr., mocz zawierał tylko ślady cukru, w styczniu 1882 nie było ani śladu cukru.

Przypadek 3). Cukrzyca trwa dłuższy czas u mężczyzny pracującego wiele umysłowo. Po pierwszém podaniu jodoformu w lipcu 1881 mocz nie zawierał ani śladu cukru, w grudniu atoli pojawił się cukier na nowo w ilości dziennéj 14.4 grm., w styczniu ilość cukru wynosiła 3.00 grm. w marcu 1.6. Odtąd brał chory dziennie 0.20 jodoformu i cukier nie pojawił się więcéj.

Przypadek 4). U mężczyzny 46-letniego spostrzeżono po raz pierwszy cukier w ilości 78 grm. w blizko trzech litrach moczu na dobę w listopadzie 1881. Od 24 grudnia począwszy brał chory dziennie 0·10 jodoformu powiększając dawkę stopniowo do 0·30 z następującym skutkiem: W sty-

czniu wynosiła ilość cukru na dobę 28 grm., w lutym 15 grm., w marcu 1·8 grm. dnia 7 kwietnia 1882 1.6 grm. W początku leczenia był chory bardzo osłabiony i rozstrojony, nie mógł nawet spółkować; przypady te do 7go kwietnia ustąpiły, chory spożywał dziennie około 200 grm. chleba, prócz tego nie mógł się wstrzymać od makaroni.

Przypadek 5). Bardzo starannie opracowany przy współudziale chemika Stefana Capranica, dotyczy mężczyzny 62 letniego, który cierpiąc na cukrzycę dostał obustronnego zapalenia płuc i wyzdrowiał. Dokładny przebieg choroby uwidoczniają dołączone tablice z codziennego badania ilości moczu, ilości cukru, ciężaru gatunkowego, mocznika, białka, i kreatyniny zestawione. Tablica 1sza obejmuje przebieg zapalenia płuc i ozdrowienia począwszy od 10 do 30 grudnia. Jodoformu chory przez ten czas nie używał, a średnia ilość cukru wynosiła w czasie zapalenia płuc 14.8 grm. na dobę, w ozdrowieniu 39.1 grm. W tablicy 2giéj przedstawiona jest ścisła obserwacyja moczu od dnia 31 grudnia 1881 do 3go kwietnia 1882; choremu podawano jodoform od 0.10 stopniowo do 0.40 dziennie. Po pierwszych 10 dniach zawierał mocz tylko ślady cukru, a gdy przez 5 dni, tj. od 25 do 30 kwietnia, jodoformu nie podano, dosięgła ilość cukru w dniu 4tym 12.2 grm. na dobę, a zmniejszyła się i zeszła na ślad, gdy chory do jodoformu powrócił. W następnych tablicach zestawione są obok siebie dzienne ilości moczu obok dziennéj ilości cukru w nim zawartego, z czego wynika, że raz schodzi się największa ilość cukru z najwyższą ilością moczu, innym razem z najmniejszą ilością, a raz ze średnią ilością moczu, że więc nie zachodzi żaden stosunek między ilością oddawanego codziennie moczu a wydzielaniem cukru. Wprawdzie Seegen twierdził, że ilość cukru wzrasta z ilością moczu, przyznał jednak, że od téj reguły jest bardzo wiele wyjątków, a najlepszym dowodem przemawiającym przeciw istnieniu stałego stosunku między ilością moczu a cukru są przypadki cukrzycy bez moczówki (*Glycosuria sine diabete*), do jakich należy także wyżéj podany przypadek 3ci. W tablicy 7méj wreszcie oznaczona jest, według codziennego badania Capranicy, ilość jodu w moczu w czasie używania jodoformu. I tak po dawce jodoformu 0.10 zawierającéj 0.09 jodu mocz zawierał 0.025 jodu, po dawce 0.15 (0.14 jodu) było w moczu 0.026, po dawce 0.20 (0.19 jodu) było w moczu 0.04 jodu, z czego widać, że jod jodoformu tylko w bardzo małej części i to bardzo powoli wydzielony bywa z organizmu, albowiem po 4 dniach zawierał mocz jeszcze 24 miligramy, piątego dnia 8, szóstego dnia około 4 miligramy jodu. Ze spostrzeżeń swych wysnuwa M. następujące wnioski: jodoform jest lekiem w cukrzycy wiele obiecującym, albowiem w kilku lub kilkunastu dniach jest w stanie ilość cukru zmniejszyć do zera; po usunięciu jodoformu cukier na nowo w moczu się pojawia, dopóki wyleczenie nie jest pewne, a ustępuje niezawodnie przy ponownem podaniu jodoformu. Jest wiele obiecującym środkiem i dla tego, że polepszenie przychodzi do skutku nawet przy pożywaniu pokarmów mączkowatych, że nastąpiło zupełne wyleczenie w przypadku 1szym, w którym salicylan sodowy nie dopisał.

Spostrzeżenia swe kończy M. kilkoma uwagami odnoszącemi się do wykrywania cukru w moczu i do podawania leczniczego jodoformu. A mianowicie ponieważ przy próbie Trommera, względnie Fehlinga, znajdują się w moczu istoty, które niedokwasek miedzi utrzymują w rozczynie, a do tych należą istoty białkowate, peptony, amonijak, kreatynin i inne, radzi M. sposobem Schiffa istoty te w moczu zniszczyć, a mianowicie dodaje do moczu $1/_{20}$ objętości kwasu siarkowego, gotuje przez pół minuty i dodaje ługu potasowego. Tak zaprawiony mocz sączy i wpuszcza kroplami do zagotowanego alkalicznego rozczynu winianu miedziowo-potasowego, w razie obecności cukru w moczu tworzą się za każdą kroplą moczu bardzo piękne obłoczki niedokwasku miedzi.

Przy podawaniu jodoformu starać się należy, ile możności, o pozbawienie go nieprzyjemnéj woni, a ponieważ według M. najlepiéj to czyni tonka, względnie kumaryn w niéj zawarty, łączy M. jodoform z kumarynem w pigułkach według formy: *Rp. Jodoformii p., Extr. Lactuc. sativ. āā 1.00, Cumarini 0.10, M.f.a. pill.* Nr. 20 S. Dwa razy dziennie po jednéj pigułce stopniowo aż do 4 razy po 2 pigułki. Tak przyrządzone pigułki znoszą chorzy dobrze. (*Wien. med. Woch.* 1882. Nr. 17, 18 i 19). *Dr. Wasylewski.*

Dr. Richard Barwell: **Borogliceryd w chirurgii operacyjnéj.**

Dr. B., starszy chirurg w szpitalu Charing-Cross, niezadowolony z kwasu karbolowego jako środka antyseptycznego w opatrunkach chirurgicznych, zaczął używać boroglicerydu. Przypadki, w których używał nowego środka, były następne: 1szy dotyczył chorego z dużym ropniem nad dolnemi prawemi żebrami. Po otwarciu ropnia cięciem, długiém na $1\frac{1}{2}$ cala, i wypuszczeniu mniéj więcéj 5 uncyj ropy, zaniechał dalszego wygniatania ropy, tylko palcem zbadał jamę ropnia, przyczém się przekonał, że żebro było $2\frac{1}{2}$ cali ogołocone z przykostni. Następnie wystrzykał jamę ropnia 5% rozczynem wodnym boroglicerydu, założył sączek, na wierzch dał opatrunek z kompresu poczwórnie złożonego (lub waty) i zmaczanego w tym samym płynie, przykrył kawałkiem cienkiego płótna guta perkowego, i otoczył opaską. Przebieg gojenia był pomyślny. Po 10 dniach zbadał powtórnie jamę ropnia, i nie znalazł więcéj obnażonego żebra, takowe bowiem pokryło się już brodawkami. Drugi przypadek dotyczył chorego, u którego, w celu zbadania nerki, wykonał cięcie przez prawy mięsień lędźwiowy aż do nerki, po zbadaniu któréj palcem wskazującym i igłą, ranę wyczyścił 5% rozczynem boroglicerydu, następnie założył szwy i opatrunek jak powyżéj. Trzeci przypadek dotyczył chorego z tętniakiem tętnicy podkolanowéj, którą podwiązał a ranę opatrzył, jak powyżéj.

Jakkolwiek te trzy przypadki zanadto małą liczbę doświadczeń stanowią, aby, opierając się na nich, wydać sąd ogólny o środku, to jednak ze względu na ich różnorodność B. sądzi się upoważnionym do orzeczenia, że w boroglicerydzie posiadamy środek antyseptyczny pewniejszy i mniéj drażniący rany niż kwas karbolowy, a nadto zupełnie bezpieczny pod względem możności ogólnego zatrucia ustroju. Możebna, że B. nie utrafił jeszcze właściwego stosunku rozczynu do opatrunku, nadto może zamiast wody inny objątek będzie więcéj odpowiednim. Dla tego w tym kierunku B. dalsze będzie robił doświadczenia. (*Lancet* Nr. 19, z d. 13 maja 1882). *Dr. G.*

Wiadomości pomniejsze.

(D.) **Przeciwko świerzbowi** zaleca Frissart mazidło: *acidi carbolici cryst 3·0, olei olivarum 300·0.* Dwukrotne użycie tego środka ma wystarczać do zupełnego wyleczenia. (*L'Union médicale* Nr. 63, 1882).

(D.) Ranke: **Porównanie ludności miejskiéj z wiejską pod względem wielkości mózgu.** Z pomiarów stu czaszek męzkich i stu żeńskich z mieszkańców wsi (Aufkirchen w Bawaryi)

z równą liczbą takichże czaszek mieszkańców miasta (Monachium) okazało się, że mimo mniejszego ciężaru ciała u ludności miejskiéj średnia objętość czaszki bez względu na płeć wynosiła u ludności miejskiéj 1442, wiejskiéj zaś 1419 cm. sz. a w szczególności średnia objętość czaszki męzkiéj wynosiła u mieszkańców miasta 1523, wsi 1335 cm. sz. Najpospolitsza objętość treści czaszki u ludności wiejskiéj jest o 50 cm. sześć. mniejsza od najpospolitszéj objętości u ludności miejskiéj, u któréj nadto czaszek należycie rozwiniętych jest więcéj, niezupełnie zaś rozwiniętych mniéj, niż u ludności wiejskiéj. (*Beiträge zur Biologie*, Stuttgart 1882).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.
Sekcyja lwowska.

Posiedzenie z d. 5 listopada 1881.

Przewodniczący Dr. Czyżewicz. Członków obecnych 14.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany i przyjęty.

2) Dr. Mahl opowiedział przypadek choroby zakończonéj śmiercią, gdzie objawy kliniczne przemawiały za otruciem fosforowém, a badanie chemiczne pośmiertne nie wykryło fosforu. (Ogłoszony w Nrze dzisiejszym w Przegl. Lek.) Sekr. *Dr. Jana.*

Posiedzenie z dnia 19 listopada 1881.

Przewodniczący Dr. Czyżewicz. Obecnych członków 10.

1. Sekretarz uwolniony od czytania protokołu z ostatniego posiedzenia

2. odczytał pismo wystosowane do Sekcyi przez Magistrat lwowski. Pismo zwraca uwagę lekarzy na położną G. ze Lwowa, która z powodu zbrodni spędzenia płodu straciła na mocy wyroku sądowego dyplom, a z nim prawo do praktyki jako położna.

3. Poczém Dr. Jasiński odczytał część obszerniejszéj rozprawy swéj p. n. „O uzdrowiskach kąpielowych nad morzem północném“. Sekretarz *Dr. Jana.*

Posiedzenie z d. 31 grudnia 1881.

Przewodniczący Dr. Czyżewicz. Członków obecnych 15.

1. Sprawozdanie z poprzedniego posiedzenia odczytano i bez zmiany przyjęto.

2. Dr. Schattauer przedstawił trzech chorych.

I. Naprzód dziewczynkę 7-letnią matołkowatą, z nieproporcyjonalną budową czaszki, podwójną wargą zajęczą, z niedokładnym rozwojem wyrostków zębodołowych górnych, u któréj zamyśla wykonać odpowiednią plastykę. Przytém obszernie wyłożył rozwój zarodkowy szczęk i braki w rozwoju, skutkiem których powstają zniepodobnienia takie, jak u osoby przedstawionéj.

II. Następnie okazał dziewczynkę 12-letnią, u któréj dokonał wypiłowania stawu biodrowego z pomyślnym skutkiem. Przed 3ma laty skutkiem uderzenia się wystąpiła bolesność w okolicy stawu biodrowego lewego. Z czasem pojawił się obrzęk, a wśród gorączki objawy zapalenia ropnego. Późniéj wytworzyły się ropnie opadowe na pośladku i udzie, które pękając dobrowolnie sprawiały wrzody zatokowe. W następstwie cierpienia stawu, odnoga skróciła się znacznie, w moczu pojawiło się białko i wałeczki szkliste, wreszcie rozwinęło się wyniszczenie i znaczny upadek sił. Prelegent dokonał więc wypiłowania stawu biodrowego, odcinając główkę kości udowéj poniżéj krętarzów. Celem dostania się do schorzałego stawu uskutecznił cięcie typowe Langenbecka. Panewkę kości udowéj wyskrobał łyżeczką. Podczas rękoczynu przestrzegał ściśle zasad antyseptycznych. Ranę zasypał jodoformem, nałożył opatrunek Listera i odnogę ustalił. Wśród następowego leczenia chora dwukrotnie przebyła zapalenie płuc opustowe. Opatrunek zmieniano 5 razy. Wygojenie zupełne nastąpiło w przeciągu 7 tygodni. Odnoga jest obecnie krótszą o 7cm. Ruchy w stawie są dosyć rozległe, a chora, świetnie wyglądająca chodzi wygodnie przy pomocy grubéj podeszwy i wysokiego obcasu.

III. Wreszcie przedstawił chłopca 11-letniego, u którego również wykonał resekcyję stawu biodrowego. Choroba rozwinęła się w skutek upadku z konia przed rokiem. Przed 5 miesiącami prelegent założył na odnogę chorą przyrząd wyciągający Volkmanna. Gdy ten atoli, mimo 7-tygodniowego zastosowania, nie osiągnął skutku, prelegent ustalił odnogę za pomocą opatrunku gipsowego. Lecz i ten, zdjęty po 2 miesiącach, nie sprawił wygojenia. Prelegent więc zdecydował się na wypiłowanie stawu, co też uskutecznił przed 7 tygodniami, posługując się cięciem kątowém Langenbecka. Główkę kości biodrowéj odjął poniżéj krętarzów, miejsca schorzałe tak w panewce miedniczéj jak i w częściach miękkich wyskrobał łyżeczką Brunsa, wreszcie założył oprawę jodoformową Listerowską. Przebieg pooperacyjny niezakłócony, rana pod trzema opatrunkami pięknie wygojona. Świeże zrosty nie dozwalają jeszcze choremu używać swobodnie nogi. Ruchy w stawie biodrowym należyte. Skrócenie odnogi 3cm. Ogólny stan i wyglądanie chorego bardzo dobre.

W rozprawie prelegent na zapytanie Dra Gostyńskiego, czy i o ile podziela z doświadczenia obawy zatrucia jodoformowego, odpowiada, że śmiertelnych przypadków nie miał, widział atoli pomniejsze objawy zatrucia. I tak u dziecka, leczonego zewnętrznie jodoformem z powodu ropnia, spostrzegł śpiączkę, wymioty, bladość skóry, przyspieszenie tętna, obniżenie ciepłoty i zapad. Drugi przypadek dotyczył rany operacyjnéj na udzie, w skutek rozległego zapalenia tkanki łącznéj. Przy pierwszym opatrunku prelegent nasypał w ranę około 100 gramów jodoformu. Niebawem wystąpiły objawy zatrucia wyżéj wymienione, które po usunięciu opatrunku ustąpiły. Rana wyglądała bardzo dobrze. Przyczyną zatrucia jest, zdaniem prelegenta, jod wydzielający się w ustroju z jodoformu. Dr. Gostyński zaznacza, że jakkolwiek używał jodoformu w ilości 40—50 gramów na raz, nigdy żadnych objawów zatrucia nie spostrzegał. Natomiast Dr. Krobicki przytacza znany sobie przypadek próchnienia kręgu, gdzie po wykonanym rękoczynie i zasypaniu jodoformem zatrucie wystąpiło wśród objawów podanych wyżéj przez Dra S. Niemniéj Dr. Tarnawski przytacza przypadek, w którym zalecił jodoform wewnętrznie po 0,01 na dzień, odurzenie i mierne objawy zatrucia nakazały mu leku zaniechać.

3. Z kolei Dr. Gostyński przedstawił 3ch chorych, leczonych w oddziale chirurg. szpitala powszechnego lwowskiego.

I. Jako świetny wynik opatrunku Listerowskiego okazał 40-letniego chorego, u którego w skutek próchnienia 8go żebra z tyłu po stronie lewéj, wytworzył się ropień opadowy wielkości główki dziecięcéj. Prelegent otworzył ropień w długości 20cm., ściany otorbiające go wyciął doszczętnie, próchniejące żebro wyskrobał, ranę zeszył i nałożył opatrunek Listera. Rana zagoiła się doraźnie w kilku dniach.

II. Jako przyczynek do skuteczności opatrunków jodoformowych w przypadkach urazu czaszki, utraty kostnéj i odsłonięcia opon mózgowych prelegent przedstawia drugiego chorego. Jest nim chłopiec 17-letni, u którego, w skutek gumiaka kilowego na guzie czołowym prawym, powstał w częściach miękkich rozpad w rozległości dłoni dziecięcéj, w kości zaś szczelina podłużna, sącząca ropę. W oddziale chirurgicznym, do którego chorego przyjęto 11go listopada b. r., szczelinę w kości wyskrobano łyżeczką, a powstały otwór, którym widać naczynia tętniące w oponie twardéj mózgu, wypełniono jodoformem. Przy równoczesném zastosowaniu wcierań szaruchy przebieg choroby świetny: ból głowy dokuczliwy ustąpił, rana ziarnuje pięknie i pokrywa kość obnażoną.

III. Trzeci przypadek chorobowy przedstawia chłopiec 18-letni, który z niewiadoméj przyczyny począł przed kilku miesiącami doznawać przy ruchach głowy bólu w karku. Ból, wzmagając się coraz więcéj, zniewolił chorego do udania się do oddziału chirurgicznego. Przyjęty przed 8miu tygodniami, wynędzniały z brodą na piersi zwieszoną, nie mógł wykonywać żadnych ruchów głową, położenie jéj zmieniał biernie za pomocą obu rąk. Na karku w okolicy kręgu szyjnego pierwszego i drugiego widać było obrzęk twardawy. Po zachloroformowaniu i zbadaniu przyczyny rozpoznano próchnienie kręgu drugiego szyjnego. W celu leczenia ułożono chorego na równi pochyłéj naciągając za pomocą pętli Glissona. Obecnie po 8miu tygodniach niczém nie zakłóconego leczenia wygląd chorego znacznie się polepszył, obrzęk na szyi znikł, bóle ustąpiły, ruchy jednak obrotowe głowy upośledzone z powodu zrostów. (Po 8miu miesiącach chory powrócił do oddziału chirurgicznego z próchnieniem kręgów szyjnych, następowym ropniem uciskającym na rdzeń przedłużony, skurczeniami odnóg górnych i dolnych, tudzież objawami porażennemi. *Przyp. Sekretarza).* Sekretarz *Dr. Jana.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie IV z d. 15 lutego 1882 r.
Przewodniczący: kol. Paszkowski.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący poświęca kilka gorących słów wspomnieniu zmarłego kol. Bulikowskiego, którego pamięć zebrani koledzy czczą przez powstanie z miejsc.

3) Kol. prof. Browicz mówił o nowotworach śródbłonkowych otrzewny. (Umieszczono w Przegl. Lek.)

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierał głos kol. Warschauer, zapytując się w szczególności, czy odbyte połogi nie stały w związku przyczynowym z powstaniem nowotworu, na co prelegent daje wyjaśnienie, że kobiety znajdowały się w porze zwrotu płciowego.

4) Kol. doc. Ponikło przedstawił wynik leczenia kodeinem (zachwalanym w ostatnich czasach w cukrzycy przez Dra Shingletona. Smith w *Brit. med. Journ.* Sept. 17 1881 tudzież w Przegl. Lek. Nr. 51 z r. 1881) jednego przypadku cukrzycy spostrzeganego w klinice lekarskiéj. Przypadek ten dotyczył mężczyzny lat 23 liczącego, przedstawiającego cięższą formę cukrzycy, komplikowaną zaćmą obu ócz. Ilość moczu wynosiła w 1szym dniu obserwacyi 5.000 cm. sześć., procent cukru = 6·3. Przed rozpoczęciem podawania kodeinu oznaczono i stwierdzono ilość moczu i procent cukru przy dyjecie zwykłéj i wyłącznie mięsnéj z wykluczeniem wszelkich środków leczniczych; potém leczono chorego wodą karlsbadzką przez dni 10. Następnie podawano przez dni 10 małe dawki kodeinu od 0·03—0·10 dziennie, a gdy te okazały się bezskuteczne, podawano przez następne 10 dni większe dawki tego przetworu, a mianowicie od 0·30—1·00 dziennie. Po doprowadzeniu jednak dawki do 1·00 dziennie musiano kodein usunąć z powodu wystąpienia przypadków zatrucia, jak bólu głowy, szumu w uszach, ogólnego osłabienia i rozstroju. Ilość moczu nie była przy podawaniu kodeinu mniejszą, niż przy dyjecie zwykłéj lub mięsnéj bez podawania leków; wynosiła ona stale około 5.000 cm. sześć. Ilość cukru wynosiła na dobę średnio: 1) przy dyjecie zwykłéj mięszanéj 369·00, 2) przy dyjecie wyłącznie mięsnéj 333·00, 3) przy wodzie karlsbadzkiéj 246·00, 4) przy małych dawkach kodeinu 363·00, 5) przy wielkich dawkach kodeinu 238·00. W tym przypadku tedy kodein wywarł tylko bardzo nieznaczny wpływ na ilość cukru; małe dawki były zupełnie bezskuteczne, a po wielkich dawkach ilość cukru zmniejszyła się tylko nieznacznie. W zakończeniu zwraca prelegent uwagę, iż obserwacyja tego jednego przypadku nie powinna zniechęcać do dalszych doświadczeń z kodeinem, chociaż nie zdaje on się działać tak zadziwiająco skutecznie, jak podano na podstawie doświadczeń angielskich. Kol. Ponikło objaśnił rzecz tablicami, w których notowano stale dzienną i nocną ilość moczu, procent cukru, ilość cukru na dobę wydzielonego, ciężar ciała, ilość spożytych pokarmów i napojów itd.

W dyskusyi nad tym przedmiotem kol. Warschauer zastanawia się nad pojedynczemi formami cukrzycy, oraz nad różnemi sposobami jéj leczenia, oceniając wartość poszczególnych leków i sposobów leczenia, a przechodząc do leczenia kodeinem zapytuje o niektóre szczegóły, na które kol. prelegent udziela odpowiednich wyjaśnień. *Dr. Jan Rosner.*

V. Lekarze i leczenie w Turcyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski
w Kutahii w Anatolii.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 24).

Rozmaite te kategoryje lekarzy są jednak tak z sobą pomięszane, pomimo że działają na scenie jednego i tegoż samego miasta, że zbłądzić w ich wyróżnieniu jest rzeczą łatwą. Dla tego téż pozwalam sobie przedstawić tu podział oparty na uzdolnieniu praktykujących.

Do pierwszéj zatém klasy wypada mi policzyć doktorów wszech nauk lekarskich, posiadaczy dyplomu jakiegokolwiek wydziału i cieszących się zwykle dobrą opiniją, jako ludzie spełniający swe zadanie sumiennie i odpowiednio zasadom i postępom nauki. Z téj liczby z przyjemnością pospieszam zacytować zgasłego tu przedwcześnie naszego rodaka Dra Żebrowskiego, który w charakterze drugiego lekarza przy szpitalu angielskim na powszechne zasłużył sobie poważanie. Tutaj należą także lekarze kierujący szpitalami kolonij europejskich, jak Dr. Weissbach przy szpitalu austryjackim Delacour przy francuzkim, Paterson przy angielskim, Mülig przy niemieckim, Salvatore przy włoskim, Mondżery przy szpitalu obłąkanych (rządowym). Daléj lekarze ambasad; pewni członkowie tutejszego Towarzystwa lekarskiego lub oddani tylko praktyce gałęzi specyjalnych, jak Dr. van Melingen, posiadający własny zakład leczniczy dla chorób oczu. Drowie Zambako i Horosandży, zajmujący się leczeniem chorób wewnętrznych; Drowie Sarel i Kitapijan oddani wyłącznie praktyce chirurgicznéj. Do téj również kategoryi należy i grono lekarzy pałacowych w liczbie 24, których naczelnikiem i lekarzem przybocznym Sułtana jest ekscelencyja Mavrogeni efendi. O tych jednak kolegach mało co wiemy, ponieważ przywiązani wyłącznie do służby w pałacach sułtańskich stanowią oddzielną korporacyję, z trudnością tylko utrzymując stosunki z mieszkańcami w mieście. To jednak wiadomo, że nie są zadowoleni tak ze szefa, typu zepsutego tureckiego dworaka, jak i z płacy, którą rzadko kiedy zwykli otrzymywać! Lecz za to honor tytułowania się lekarzem pałacowym, łatwość przeniknięcia do przedpokoi haremów, możność zamienienia kilka słów z czarnym stróżem wschodniego Edenu, wystarcza do nienarzekania na sytuacyję, często bardzo żenującą.

Do drugiéj kategoryi policzę praktyków nieposiadających dyplomów, i wielką liczbę aptekarzy i ich pomocników, którzy w następstwie częstego asystowania przy naradach lekarskich nabyli taktu w naśladowaniu czegośkolwiek ze sztuki leczenia, a głównie redagowania pewnych formułek, któremi się posługują z całą niezależnością, jakby należeli do rzędu pierwszych koryfeuszów nauki. Że zaś nic nie wiedzą o działaniu leczniczém przepisanego przez siebie środka, ani téż nie zdają sobie sprawy o zmianach patologicznych choroby, którą traktują, znajdują się więc często w bardzo niewygodnéj sytuacyi, mianowicie gdy wezwany do narady lekarz żąda od nich opowiedzenia historyi choroby lub streszczenia przynajmniéj głównych przypadków cierpienia. Wtedy to podobni natręci zwykli zachowywać głębokie milczenie, słuchać z uwagą zdania innych, zgadzając się bezwarunkowo na każdą decyzyję. Lecz za to umieją sobie stratę wynagrodzić, znalazłszy się sam na sam z chorym lub otaczającemi go osobami. Rozprawiają wtedy z całą przytomnością umysłu, a do tego z taką elokwencyją, że słuchających wprowadzają w prawdziwe zdumienie. I jakżeż tu nie cenić ludzi, rzucających swe zdania z godną podziwu obfitością słów, jak im nie ufać i nie powierzyć losu chorego, gdy tak przekonywająco zachwalają swe preparata, zawsze świeże i pochodzące z najpierwszych fabryk Londynu lub Paryża.

Trzecia kategoryja leczących społeczeństwo tureckie jest jeszcze ważniejsza, bo będąc bardzo liczną obejmuje zarówno mężczyzn i kobiety. Tutaj to więc należy cała tłuszcza szarlatanów *del primo cartello.* Tutaj to figurują ludzie, którzy, doznawszy zawodu na innych drogach uczciwéj pracy, chwycili się najłatwiejszego ich zdaniem fachu rozpocząwszy karyjerę radzenia i leczenia! Tutaj także wy-

stępują starcy z wszystko leczącemi pigułkami; chirurdzy z opaskami i przyrządami; akuszerki i w ogóle znawczynie nazywane gelendżykczy z całym zapasem cudownych płynów i maści, wreszcie cała gromada nicponiów, którzy, nie śmiejąc spotkać się z lekarzem przy łóżku chorego, sami praktykują z zapałem, szerzą złe i nie są w stanie przyczynić się czémkolwiek do sprowadzenia ulgi cierpiącym współobywatelom! Wspomniałem, że liczba tych amatorów sztuki leczenia jest największa. Że zaś wszystkie narodowości znajdują w téj kategoryi swych reprezentantów, więc też i biedna Polska nie mogła pozostać w tyle. Takim figurantem, na nieszczęście zbyt smutne mającym po sobie wspomnienie, jest p. Karol Mokrański. Poznałem go w r. 1865 jako młodziutkiego ucznia klasy 4téj, za przykładem innych rodaków przybyłych do Turcyi, starającego się o posadę inżynijera, lub też znowu przedstawiającego się za prawnika, słowem rzucającego się w prawo i lewo, aby tylko wywalczyć sobie egzystencyję. Pomimo jednak wszelkich sprzyjających okoliczności nie szło mu jakoś. Gdy więc ani inżynijerka ani pieniactwo nic nie zapewniały, wszystko w barwnych kolorach widzący obywatel widział się zmuszonym spróbować, czy w innym zawodzie nie uda się co uzyskać. Że zaś, jako aspirant do wysokich tylko posad ministerstwa robót publicznych, dał się dobrze poznać w sferze europejczyków, wypadło więc z nimi zerwać. I to postanowiwszy energiczny nasz młodzieniec robi olbrzymi krok naprzód, przeskakuje długi most na Złotym rogu, przenosi się do starego Stambułu, wchodzi w stosunki z elementem muzułmańskim i przedstawiając się jako lekarz (madżar), podaje prośbę do sułtanki matki, oświadczajac gotowość przyjęcia islamizmu, jeżeli tylko wysoka protekcyja zabezpieczy go od prześladowania nieprzyjaciół. Zręczny ten wybieg udał mu się najzupełniéj. Przystojny chłopak zyskuje względy; z małego Karolka staje się „Aziz-beyem,“ z hojnych podarków, otrzymanych przy uroczystości chrztu muzułmańskiego, zakłada aptekę i swym neofizmem w taki entuzyjazm wpędza poczciwych Turków, że ci z całém zaufaniem w fachowy jego charakter nie tylko że go popierają materjalnie, ale jeszcze przez protekcyję wyrabiają mu wstęp do dworu! Wkrótce też nasz bohater zostaje zamianowany lekarzem synów sułtańskich; powaga jego i znaczenie wzmagają się coraz bardziéj i to do tego nawet stopnia, że sam zarząd służby zdrowia zachwiał się w swéj godności, gdy fantasta Sułtan rozkazał szkole lekarskiéj wydać dyplom uznania swemu protegowanemu. Oczywiście z wydaniem dyplomu nie spieszono się wcale, dzięki energicznemu wystąpieniu Markobaszy, prezydenta rady lekarskiéj, żądającego z niepospolitą odwagą wykazania kwalifikacyj uprawniających charakter lekarski młodziutkiego adepta. Lecz „Aziz-bey“ jowialnie tylko się rozśmiał i pewny poparcia wysokich stron drwi sobie otwarcie i ze szkół i z zarządu, leczy, sprzedaje leki bardzo ciekawego składu, imponuje swym klijentom zręcznie udaną powagą, a co najważniejsza, że cieszy się i prosperuje w zyskach, z łatwością zdobywanych. Fakt ten, jakkolwiek zaszły na Wschodzie, jest jednak przez swą oryginalność tak charakterystyczny, że nie widzę potrzeby cytowania innych, zarówno wykazujących sposoby, jakich używano w Turcyi, aby piętno szarlatanizmu ustroić w powagę i znaczenie. Dowód to tylko, że stosunki lekarskie tutaj w bardzo smutnym pozostają stanie i zawsze jeszcze wiele i wiele przedstawiają do życzenia. (C. d. n.)

VI. Zjazd II Lekarzy i Przyrodników czeskich w Pradze.

IV.

Wykład prof. Šafařika: **O celach badania chemicznego.**

Jakkolwiek chemija przyniosła ogromne usługi praktyczne, jest ona jednakże nauką wysoko abstrakcyjną i filozoficzną, celem zaś jéj istotnym nie są owe praktyczne korzyści ale badanie praw przyrody.

W rozwoju nauk przyrodniczych w ogóle spostrzegamy trzy główne okresy: najprzód zbierają się daty empiryczne czyli fakty, następnie powstają na téj podstawie za pomocą indukcyi prawa, a w końcu wykształca się za pomocą dedukcyi teoryja, mająca wyjaśnić przyczyny zjawisk przyrody.

Takież same trzy okresy przebyła chemija. Obecne jéj zadanie ocenimy najlepiéj poznawszy najprzód jéj cele w dawniejszych dobach.

Wyroby metalowe i szklane, znajdowane w grobach egipskich, starożytne freski greckie i rzymskie dowodzą, że w najdawniejszych czasach znane były różne manipulacyje techniczne, chociaż nie umiano sobie zdać sprawy z przyczyn, dla czego tak a nie inaczéj się robi. Arystoteles, Teofrast, Dioskorides i Galen nic jeszcze o chemii nie wiedzą. Dopiero w czasach upadku Rzymu przychodzi z tajemniczego Egiptu nazwa chemii, która oznaczała naukę o przemianie metali, o robieniu złota.

W tym czasie tylko Arabowie uprawiali nauki, mianowicie astronomiję, medycynę i chemiję, stawiając téj ostatniéj nauce nowe zadanie: odkrycie uniwersalnego lekarstwa czyli wielkiéj tynktury, która miała nietylko leczyć wszelkie choroby i zapewniać wieczną młodość ale i zamieniać wszelkie kruszce pospolite na szlachetne.

W tym kierunku przez 5 wieków następnych postępując nie osiągnęła oczywiście chemija, a właściwie alchemija, zamierzonego celu, ale odkryła mnóstwo związków i działań chemicznych dotąd nieznanych.

Od Paracelsa, który wyrzekł się pierwszy marzenia o robieniu złota i za właściwy cel chemii poczytał przysposabianie lekarstw, — aż do połowy 17go wieku trwa okres t. z. jatrochemii, pozostającéj na usługach medycyny. Jednak i w tym okresie pojawiły się głębsze pojęcia, mianowicie Anglika Roberta Boylego, (wynalazcy prawa rozszerzalności gazów, zwanego pospolicie prawem Mariotta), który pierwszy wypowiedział jasno zasadnicze pojęcie o pierwiastkach chemicznych w dzisiejszém znaczeniu tego słowa, odmienne od owych starożytnych 4ch pierwiastków Empedoklesa (ziemia, woda, powietrze i ogień) i 3ch Gebera (siarka, sól i rtęć).

W miarę ustalenia się jaśniejszych pojęć poczęło się rodzić pragnienie poznania przyczyn obserwowanych zjawisk. W końcu 17go wieku występuje Stahl ze swoją teoryją flogistyczną, mającą wyjaśnić zjawiska palenia się ciał. Ów flogiston miał się znajdować w każdém ciele palném i uchodzić z niego podczas gorzenia w postaci ognia.

Był to ostatni połysk scholastycznéj nauki. Do téj teoryi naciągano sztucznie wszystkie nowe odkrycia, a współczesne umysły były nią do tego stopnia opanowane, że nawet tak wielcy uczeni jak Cavendish i Priestley, zmarli w początkach naszego stólecia, nie mogli się z nią rozstać do saméj śmierci.

Od połowy 18go stólecia wchodzi chemija na drogę

racyjonalnéj indukcyi, na którą inne nauki fizyczne już przed 150 laty przez Galileusza, Descarta i Bacona wprowadzone zostały. Za pomocą wagi, któréj użycie do chemii wprowadził Szwed Bergman, dowiódł Lavoisier niezmienności (nieznikomości) materyi, obalił teoryję flogistonu wyjaśniając, iż palenie się ciał jestto łączenie się ich z odkrytym przez siebie tlenem; okazał, że woda jest ciałem złożoném, wykazał obecność tlenu w kwasach, a prawdopodobnie w alkalijach i ziemiach; badał oddychanie zwierząt; pierwszy nabył jasnego pojęcia o składzie ciał organicznych, nakoniec wspólnie z Laplacem dał początek nowéj gałęzi fizyki: kalorymetryi.

Lavoisier uczynił chemiję nauką samodzielną i ścisłą. Odtąd poczyna się okres ścisłych badań doświadczalnych, prowadzących do odkrycia licznych nowych pierwiastków i oznaczenia składu różnych ciał, z oznaczeniem ilości składników, zkąd też cały okres nazwano ilościowym.

Mnóstwo owych na pozór drobnych i mechanicznych robót, w tym okresie dokonanych, stanowi podwalinę nowéj ogólnéj teoryi chemii.

Dalton stworzył teoryję atomistyczną, według któréj każdy pierwiastek składa się z drobniutkich ciałek niepodzielnych, zupełnie co do wielkości i wagi między sobą równych, ale różnych od atomów innych pierwiastków; atomy różnych pierwiastków łączą się z sobą w skutek osobnéj siły zwanéj powinowactwem chemiczném. Z téj hipotezy wypływa prawo stałych stosunków i prawo wielokrotności, t. j. że pierwiastki łączą się z sobą zawsze w jednakowym stosunku lub w stosunku 2, 3, 4 itd. razy większym, następnie zaś prawo stałego stosunku między wagą pojedyńczych atomów pierwiastkowych, czyli równoważniki chemiczne, a nakoniec możność wyrażania składu chemicznego za pomocą wzorów czyli formuł chemicznych.

Dalszy rozwój nauki jest zastosowaniem i rozwinięciem idei Daltona. Berzeliusz, badając głównie ciała nieorganiczne, wyznaczał równoważniki chemiczne. Liebig zajmował się ciałami organicznemi i zastosowaniem chemii do fizyjologii roślin i zwierząt i położył niezmierne zasługi jako nauczyciel i twórca nowych metod badania. Wöhler odkrył w r. 1828 izomeryję, t. j. interesujący fakt, że ciała jednakowego składu procentowego mogą mieć dwie lub więcéj odmian zupełnie różnych własności. Fakt ten można sobie tylko w ten sposób wytłumaczyć, że atomy wchodzące w skład takiego ciała mogą być rozmaicie ułożone, t. j. że najmniejsza cząstka ciała złożonego, czyli drobina, może być w rozmaity sposób z atomów pierwiastkowych zbudowana. Odtąd stało się badanie owéj wewnętrznéj budowy ciał jedném z najgłówniejszych zadań chemii, a Liebig, Berzeliusz i Dumas zajmowali się tém usilnie w ciągu 4go i 5go dziesiątka lat naszego wieku. Z temi ostatniemi dwoma nazwiskami wiążą się dwie teoryje o budowie chemicznéj ciał, t. j. rodni chemicznych i teoryja substytucyi. Pierwsza utrzymywała, że pewne grupy atomów mogą grać rolę pierwiastkowych atomów i że cała różnica między ciałami organicznemi a nieorganicznemi polega na tém, że w pierwszych podstawą związku są rodnie złożone, w drugich zaś rodnie niezłożone czyli pierwiastki. Druga teoryja przypuszczała, że własności związku zależą więcéj od liczby i uporządkowania atomów składowych aniżeli od ich jakości.

Walka o te teoryje przyczyniła się do wprowadzenia chemii w najnowszy okres rozwoju. Genijalny Francuz Gerhard wystąpił z teoryją typów, według któréj wszystkie związki dadzą się sprowadzić, stosownie do swéj wewnętrznéj budowy, do 3ch typów: chlorowodu, wody i amonijaku. Teoryja ta, niemająca wielkiéj wartości sama przez się, była jednak pierwszym stopniem rozwoju dzisiejszéj teoryi o wartości czyli sile pierwiastków, t. j. o zdolności atomów jednego pierwiastka wiązania pewnéj liczby maksymalnéj atomów drugiego pierwiastka. Tak w pierwszym typowym związku mamy chlor połączony z jednym atomem wodu, w drugim tlen z dwoma atomami, w trzecim azot z trzema atomami wodu. Do tego należy dodać czwarty typ, lekkiego węglowodu, w którym jeden atom węgla połączony jest z 4ma atomami wodu. W tym kierunku podali wiele pięknych uwag Frankland i Kolbe, ale teoryję tę najlepiéj wyraził August Kekulé w r. 1859, dzieląc pierwiastki na jedno-dwu-, trój-, i czterowartościowe (czterosilne); późniéj się pokazało, że znajdują się pierwiastki pięcio- i sześciowartościowe, a być może, iż między pierwiastkami niedokładnie dotąd zbadanemi znajdą się przykłady jeszcze wyższych wartościowości.

Do tego dodał Kekulé swoję teoryję o łańcuchowém wiązaniu się atomów, w którém atomy wielowartościowe (wielosilne) mogą się między sobą wiązać w rodzaj łańcucha, a atomy obok siebie leżące zobojętniają pewną część swojéj wartościowości, tak-że tylko pozostałe wartościowości mogą wiązać atomy innych pierwiastków.

Teoryja ta łączy w wyższą całość teoryję typów i teoryję rodni rzucając zarazem jasne światło na zjawisko izomeryi, która właśnie polega na różnym układzie atomów w drobinie ciała złożonego.

W najnowszych czasach prawdziwie zadziwiające są odkrycia Mendelejewa, który spostrzegł, iż pierwiastki dają się podzielić ze względu na wagę atomową i zdolność łączenia się między sobą. W tych grupach okazuje się pewien rodzaj peryjodyczności w zmianie własności pierwiastków, i widocznym jest brak kilku ogniw tego łańcucha. Mendelejew przepowiedział bytność tych kilku brakujących pierwiastków, oznaczył w przybliżeniu własności dwóch z nich, i wskazał gdzie się prawdopodobnie dadzą znaleźć. I oto jeden z tych pierwiastków, metal *galium*, został już odkryty przez francuskiego chemika Lecoq de Boisbaudran, a własności jego sprawdziły przepowiednie Mendelejewa!

Zdawałoby się, że owe najnowsze postępy chemii określają już cały jéj obszar, i że trzeba tylko wypełnić szczegółowo plan ogólnie zaznaczony; tak jednak nie jest, gdyż w każdéj nauce, w miarę jéj rozwoju, nasuwają się coraz nowe zadania, odkrywają się coraz nowe widnokręgi. Wszystkie owe piękne badania połączeń chemicznych odnoszą się do ciał utworzonych już po ukończeniu procesów chemicznych, zachodzących przy ich powstawaniu, procesów, które się objawiają przez wywiązywanie ciepła, światła i elektryczności; krótko mówiąc, obecny kierunek chemicznych badań ogranicza się do statyki chemicznych zjawisk, nie wiele dbając o ich dynamikę.

Te braki stają się widoczniejsze, gdy spojrzymy na olbrzymie przewroty, jakich w tym kierunku doznała fizyka teoretyczna, blizko z chemiją związana.

Pocieszająca zgodność, jaka zachodzi między atomistyką chemiczną i nowszą fizyką molekularną, a mianowicie postawioną przez Clausiusa teoryją mechaniczną ciepła i gazów, dają nowe potwierdzenie hipotezie Daltona, chociaż po głębszém zastanowieniu się nasuwają się pewne wątpliwości, jak np.: według mechanicznéj teoryi ciepła molekuły (dro-

biny), gazów poruszają się ustawicznie z szybkością wystrzelonéj kuli i uderzają się wzajemnie milijony razy na sekundę. Czyż można przypuścić, że przy takim ruchu, w drobinach ciał tak złożonych i mało różniących się wewnętrzną budową, jak odmiany izomeryczne wyższych alkoholów, atomy nie zmieniłyby swego układu? Hipotezy więc owe molekularne nie są jeszcze ostatecznym wyrazem prawdy, mają znaczenie niejako obrazowe i muszą być sprawdzone.

Kusić się o zbyt rychłe przejście od statyki do dynamiki chemicznéj mogłoby być szkodliwém dla prawdziwego postępu nauki. Pierwszém zadaniem powinno być obecnie dokładne badanie doświadczalne w zakresie termochemii, a mianowicie oznaczanie stosunków między chemicznym procesem a ilością wywiązanego przytém ciepła, co dostarczy pierwszych dat liczebnych do przyszłéj dynamiki chemicznéj.

Co do wyjaśnienia zasadniczych pojęć, mianowicie o powinowactwie czyli przyciąganiu chemiczném, równie jak i o przyciąganiu powszechném czyli atrakcyi, — małośmy dotąd postąpili i dziś jeszcze nie możemy się kusić o zbadanie téj sprawy.

Godném jest jednak uwagi, że, przeszło 60 lat temu, Berzeliusz próbował wytłumaczyć powinowactwo chemiczne przez swoję teoryję elektrochemiczną, według któréj każdy atom posiada pewien stały stosunek dwóch różnoimiennych elektryczności, powinowactwo zaś jest tylko przyciąganiem się atomów naelektryzowanych. Teoryja ta wyjaśnia elektrolizę czyli rozkład związków chemicznych za pomocą prądu galwanicznego, równie jak zjawiska pokrewne, choć nie wyjaśnia zjawisk termochemicznych. Teoryja ta była ewangieliją ówczesnych chemików i na niéj oparł Dumas wspomnianą wyżéj teoryję substytucyi. Późniéj porzucono tę teoryję, jednakże odkrycia Webera, Beketowa i Faradaya zdają się przemawiać za tém, że powinowactwo i elektryczność najbliżéj są z sobą związane, i można oczekiwać, że prędzéj lub późniéj teoryja elektrochemiczna znajdzie znowu uznanie zwłaszcza jeżeli się sprawdzą przypuszczenia tegoczesnych fizyków, że prawa atrakcyi są tylko szczególnym przypadkiem ogólnego elektrodynamicznego prawa Webera i że elektryczność jest podstawą wszystkich sił przyrody.

Dotknąć tu, choć z lekka, wypada jednego jeszcze zagadnienia, występującego od czasu do czasu na horyzont nauki, tj. zagadnienia o składzie pierwiastków czyli przypuszczenia, że pierwiastki dzisiejsze są w rzeczywistości ciałami złożonemi.

W r. 1818 wyraził Dr. Wiliam Prout domysł, że równoważniki wszystkich pierwiastków są liczbami wielokrotnemi względem równoważnika wodu, i że atomy pierwiastków są skupieniami atomów jednéj materyi pierwotnéj, którąby mogła być wodem. Pierwsza część tego przypuszczenia okazała się nieprawdziwą w obec prac Marignaca i Stasa; tém samém upada i część druga.

W nowszych czasach Lockyer na mocy badań spektralnych nad ciałami niebieskiemi i ziemskiemi dowodził znowu złożoności pierwiastków, ale dowodom jego zaprzeczyły następne prace Vogla i Younga.

Ostatecznie, jeżeli nasze pierwiastki są rzeczywiście ciałami złożonemi, to składniki ich są bezwątpienia tak silnie z sobą związane, że niewiadomo, czy się uda kiedykolwiek dopełnić ich rzeczywistego rozkładu.

Gdyby teraz kto zapytał, jakie są cele badań chemicznych, moglibyśmy tylko odpowiedzieć: Wszechstronne badanie zjawisk i sprowadzenie ich do najprostszych podstawowych zasad, do pierwotnych przyczyn, a do tego zdaje się nigdy nie dojdziemy.

Następnie mówca zapytuje, czy naród czeski przyczynił się do ogólnego rozwoju i czy jest w stanie przyczynić się w ogóle do rozwoju nauk, a odpowiadając na głosy niemieckie, które się odezwały w parlamencie, podczas obrad nad utworzeniem Uniwersytetu czeskiego, a zaprzeczające Czechom uzdolnienia do współudziału w posuwaniu naprzód oświaty i nauk, czyni uwagę, że Niemcy wychwalając miłość narodowości i języka u siebie, Sławianom mają téż samą miłość za występek. Mierzą podwójnym łokciem i wagą, jakby nie wiedzieli, że to „już za czasów Mojżesza uchodziło za niecność przed Panem;“ zwraca uwagę, że w biegu historyi narody się wznoszą i upadają, światło i wielkość przenoszą się od jednych do drugich; „oby tylko ci, którzy się przed nami ustawicznie jako synowie światła wynoszą, nie ujrzeli, że u nich światła ubywa.“

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(□) Do Lancetu donoszą o ciężkim wybuchu ospy w Serajewie, stolicy Bośnii i jego okolicy. W niektórych dzielnicach stanowi wybuch formalną klęskę, alarm bowiem zwiększają przesadne wieści, które popiera nieodpowiednie usiłowanie Rządu ukrycia stanu rzeczy. Zarządzanie grzebania zmarłych w nocy i zakaz używania telegraficznéj drogi są nadaremnemi usiłowaniami utajenia przed światem istotnych rozmiarów choroby. (*The Lancet* 1882. I. Nr. 22).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 4—10 czerwca umarło w Krakowie w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców 32,8 (19,1 z. t.). Z ospy umarło 4 (0 z. t.); z odry 1 (0 z. t.); z płonicy 1 (1 z. t.); z duru osutkowego 3 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 6 przypadkach ospy, 2 odry, 1 duru brzusznego 4 duru osutkowego. W tygodniu od 30 kwietnia do 6 maja ospa w Londynie złagodniała. Świeżo zapadło 45, leczyło się w szpitalach 321, umarło 13. W Wiedniu umarło 44, w Budapeszcie 17, w Paryżu 25, w Petersburgu 12, w Warszawie 34, w Madrycie 56. Odra utrzymywała się w jednakowém nasileniu: w Amsterdamie, Paryżu, Londynie i Edynburgu; złagodniała: w Kopenhadze, Glasgowie, Liwerpolu, Manchestrze. Krztusiec zabrał wiele ofiar w Londynie i w innych większych miastach. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 14, w Maladze 5. Z febry żółtéj umarło 3 w Rio de Janeiro od 1—15 marca.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 30 kwietnia do 6 maja umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24,4; we Lwowie 29,7; w Poznaniu 28,4; w Wiedniu 36,4; w Budapeszcie 39,2; w Pradze 33,8; w Tryjeście 8,8; w Berlinie 25,0; w Wrocławiu 31,9; w Gdańsku 19,9; w Mnichowie 31,7; w Dreźnie 25,4; w Lipsku 21,0; w Bazylei 25,3; w Amsterdamie 26,2; w Hadze 21,5; w Paryżu 27,8; w Londynie 20,0; w Kopenhadze 21,2; w Stokholmie 20,8; w Chrystyjanii 19,6; w Petersburgu 41,8; w Odesie 34,4; w Bukareszcie 35,4; w Madrycie 58,4; w Aleksandryi 26,5; w Nowym Yorku 35,4; w Filadelfii 27,0; w Bombaju 28,4. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 czerwca. Otrzymaliśmy z Paryża Nr. 374 tygodnika „*Le Panthéon de l'Industrie*“ z d. 4 czerwca rb., mieszczący w sobie życiorys Dra Józefa Sabatowskiego oraz jego wizerunek. Dowiadujemy się z pisma tego, że Dr. Sabatowski urodził się d. 8 marca 1844 r. w Iwnicy w Polsce, że w r. 1862 był internowany w Chocimiu, ztamtąd dostał się do Galicyi, do Rumunii i Turcyi, gdzie pracował jako wyrobnik, a wreszcie w Trikali (w Tessalii) zaciągnął się do dragonów tureckich, i w bardzo krótkim czasie awansował na podoficera. W r. 1863 powrócił do Polski, a po upadku powstania powrócił do Konstantynopolu, gdzie znów był wyrobnikiem; późniéj po-

wrócił do Galicyi i podczas wojny austro-pruskiéj w r. 1866 zaciągnął się do wojska austryjackiego; po zawarciu pokoju prażskiego porzucił wojsko i powrócił do Galicyi, gdzie wstąpił jako uczeń do gorzelni, a po upływie roku otrzymał zarząd główny. Mimo to na odgłos walk toczących się we Francyi pospieszył do Paryża, zaciągnął się do 1go batalijonu strzelców wolnych i wziął udział w bohatyrskiéj obronie miasta Châteaudun. Raniony w nogę otrzymał medal wojenny, a późniéj po bitwie pod Alençon przedstawiony został na wyższe odznaczenie. Po zawieszeniu broni i rozpuszczeniu wolnych strzelców S. powrócił do Paryża d. 18 marca, a nie chcąc wziąść udziału w rewolucyi komunardów udał się do Chantilly, widząc zaś potém, że z powodu zajść komunistycznych pobyt dla Polaka w Paryżu nie jest wskazanym, przeniósł się do północnéj Ameryki, do Massachusets, a dopiero w r. 1873 powrócił do Paryża i wtedy mając lat 29 prosił i otrzymał pozwolenie uczęszczania na Wydział lekarski. W kilka lat późniéj po obronieniu rozprawy: *Traitement de la dysménorrhée par le salicylate de soude* otrzymał stopień doktora. Odtąd pracował ciągle nad chorobami kobiecemi, a głównie nad zboczeniami nerwowemi, z tamtemi w związku pozostającemi, a w tym kierunku zdołał położyć znakomite zasługi. W miejscowości Albon (dep. Ardèche) wybuchła epidemija histerodemonopatyi, a Dr. S. z popędu własnego pospieszył na miejsce i w przeciągu 48 godzin chore uleczył, jak poświadcza mer tameczny. Obecnie stara się S. u ministra spraw wewn. o pozwolenie czynienia doświadczeń w szpitalach paryskich a następnie założenia *Maison de santé* dla histeryczek.

Nie wchodzimy w to, czy fakt ostatni jest wiarogodny lub nie, powtórzyliśmy tu jednak życiorys rodaka z wielu względów ciekawy, bo w każdym razie świadczy, że Dr. S. posiada silną wolę i rzadką wytrwałość.

* W ostatnich tygodniach przystąpili do Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich w Krakowie jako Członkowie: Prof. Dr. A. Adamkiewicz z Krakowa, Dr. St. Jana z Lubienia, Dr. P. Landowski i Dr. E. Landowski z Paryża, a jako prenumerator P. Z. Wiśniewski z Gryfii.

* Lekarz powiatowy tutejszy Dr. Kralczyński zapadł na dur wysypkowy, zaraziwszy się w Balicach podczas czynności urzędowéj. Dotąd bieg choroby jest pomyślny.

* W Krynicy do d. 15 bm. było gości kąpielowych 306, w Giesshüblu 24.

* **Londyn.** Słynny psychijatryk, Dr. Orange, dyrektor zakładu dla obłąkanych zbrodniarzy w Broadmoor, został ciężko ugodzony kamieniem w głowę przez pastora Dodwella, który umieszczony jest w tym zakładzie z powodu zamachu, którego poprzednio dopuścił się był na urzędniku.

Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt. Rektorem na rok przyszły wybranym został prof. fizyjologii Jendrassik a Dr. Lichtenberg habilitował się jako docent otyjatryi.— **Wiedeń.** Pierwszy asystent przy katedrze anatomii patolog. Dr. Zeman mianowany został prosektorem szpitala Rudolfa. Asystent prof. Strickera Dr. Spina ma zostać prosektorem obok prof. Kundrata. Dr. Maks. Gruber, uczeń Pettenkofera, habilitował się jako docent higijeny.

* **Nekrologija.** W Londynie umarł Dr. Peacock, a w Edymburgu prof. chirurgii Spence.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 24: Korczyńskiego: O zdrojach morszyńskich; Sokołowskiego: O nerwobólach klatki piersiowéj, wikłających przewlekłe suchoty płucne (dok.); Jasińskiego: Uwagi dotyczące higijeny szkół ze stanowiska ortopedycznego (dok.). — W *Medycynie* Nr. 24: Dobrskiego: Stanowisko lekarzy w obec prawa w kwestyi przymusowego niesienia pomocy lekarskiéj (dok.)

Redakcyja otrzymała:

Dr. WEHR (we Lwowie): Experimentelle Beiträge zur Operationstechnik bei Pylorusresection. (Osobne odbicie z „D. Zeitschr. f. Chir.), in 8vo str. 33 z 2 tabl.

Dr. J. PAWIŃSKI: O tak zwanym połowiczym skurczu serca (*Hemistolia cordis Leyden*). (Osobne odbicie z „Gazety Lekarskiéj"). Warszawa 1882, in 8vo str. 60.

Na portret śp. prof. Kozubowskiego złożyli: Prof. Dr. Jakubowski 5 zła., prof. Dr. Korczyński 5 zła., Doc. Dr. Obaliński 5 zła., Dr. Buszek 5 zła., Dr. Wurst z Cieszanowa 2 złr.. Razem z poprzednio złożonemi: 42 zła.

Do Nru dzisiejszego załącza się dla prenumeratorów w Cesarstwie austryjackiém: „Porządek domowy w Zakładzie przyrodoleczniczym na Klemensówce w Zakopanem."

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

SZLĄZKI OBERSALZBRUNNEN.

Oberzalsbrunnen. Uznany za leczniczy w nieżytowych i suchotniczych cierpieniach płuc, w długotrwałych zboczeniach trawienia wo rzenia krwi, w nieżytach pęcherza i cierpieniach piasku moczowego, w d n i e itd. Rozsełka przez cały rok.
Salzbrunn. Inspekcyja zdrojowa księstwa pszczyńskiego.

Dr. med. Witold Jaroszyński

ordynuje w ciągu sezonu letniego

W KARLSBADZIE.

Mieszka przy ulicy „*Kreuzgasse*“
w domu „*Vulcan.*“

D[r.] ADAMA MAJEWSKIEGO

ZAKŁAD WODOLECZNICZY we LWOWIE (w Kiselce)

przyjmuje chorych na mieszkanie z zupełnem zao a- trzeniem jakotéż tylko dochodzących dla leczenia się, które się odbywa rano od 6 do 8méj i popołudniu od 4 do 6téj godziny pod nadzorem lekarza Zakładu.

Dr. Med. Czesław Stiche

ordynuje w **KARLSBADZIE** przez cały sezon kuracyjny
Kreuzgasse. Insel Rügen

APTEKA pod KORONĄ

J. TRAUCZYNSKIEGO

w Krakowie

Utrzymuje wszystkie **wody mineralne** tak krajowe jak i za graniczne zawsze świeżego czerpania.

Nadto utrzymuje na składzie zawsze **krowiankę styryjską**

Prócz tego znajdują się zawsze na składzie: Pigułki Cauvina Morisona, Blancarda z żelazem, Valeta z Digitalinem, Dra Croniera zadawane w newralgijach z pepsinem, rozczyn żelaza Lerasa, syrup wapna Grimaulta, syrup Churchilla z wapnem, żelazem, sodą; wino chinowe z Cacao Bugeaud, Quina Laroche. — MĄCZKA SZWAJCARSKA dla małych dzieci zastępujaca zupełnie pokarm naturalny ordynowana przez wielu lekarzy. — INSTRUMENTA chirurgiczne, — BANDAŻE rożnego rodzaju, pojedyncze i podwójne rupturowe, pępkowe, — PASY brzuszne kobiece, — PESSARIA, — PONCZOCHY jedwabne na obrzękliny, — STETOSKOPY, — PLESSIMETRY — ODCIAGACZE, pokarmowe dla kobiet, — PŁOTNO kauczukowe, — FLASZKI do karmienia dzieci, — INHALATORY do wdychiwań przy gardlanych chorobach, — NARZĄDY do wdmuchiwań gardlanych, — PULVERYZATORY, — SONDY żołądkowe, — CATETERY, — BOUGIE, — PODUSZKI KAUCZUKOWE, KAPELUSIKI kauczukowe ochraniające bolesne brodawki u kobiet w czasie karmienia, — RESPIRATORY — KLISOPOMPY metalowe i kauczukowe tak do lewatyw jak i do wstrzykiwań, — IRRYGATORY Dra Eguisiera, — WSTRZYKAWKI, — TUSZOWNICE, — WSTRZYKAWKI podskórne, — CIEPŁOMIERZE decimalne, — TRĄBKI do wzmocnienia słuchu, — KROPLOMIERZE, PĘCHERZE kauczukowe lub worki na lód, — SKUBANKA, — REZERWOARY moczowe, — KANKI kauczukowe, — SPECULA itd.

Na żądanie przesyła się cenniki franco.

Dr. KAROL DĘBICKI

ordynuje jak w zeszłym tak i w bieżącym roku

W FRANZENSBADZIE

„zum schwarzen Ross“

Dr. Zygmunt Dzikowski

Lekarz zakładu zdrojowo-kąpielowego

W MORSZYNIE

ordynuje tamże począwszy od 15 Maja b. r.

Zakład zdrojowo-kąpielowy w Żegestowie

otwarty od I Czerwca do końca Września.

Posiada przeszło 250 wygodnie urządzonych mieszkań, stacyję kolejową (przystanek przy samym zakładzie), tudzież c. k. urząd pocztowy i telegraficzny, aptékę, dwie restauracyje, piekarnię, wspaniałą salę świeżo ukończoną „w domu zdrojowym“. w tym samym gmachu kryty chodnik i zdrój wody mineralnéj najsilniejszéj szczawy żelazistéj, kąpiele mineralne, borowinowe i nader ważne kąpiele Popradowe, równające się kąpielom morskim. W roku bieżącym oddanym zostanie do użytku publicznego nowo wybudowany dom o 50 pokojach wygodnie urządzonych z ładnym widokiem na Poprad i kolej. Bliższych wyjaśnień udziela oraz zamówienia na mieszkanie przyjmuje: **„Zarząd kąpielowy“.**

WODA GORZKA

Franciszka Józefa

przewyższa wodę Friedrichshalską 4 razy, Wodę Hunyadi Janos o 44 a Pülnauerską o 62% jak równie wszelkie wody gorzkie ilością skutecznych składników, a przez powagi lekarskie stwierdzona nadzwyczajna jéj skuteczność znajduje uzasadnienie i wyjaśnienie w rozbiorze chemicznym. Stutgart w Marcu 1882. Tajny radca dworu **Prof. Dr. Fehling.**

Znajduje się na składzie w wszystkich aptekach i składach wód mineralnych.

Lekarzom na prowincyi utrzymującym apteki domowe liczymy naszą wodę Franciszka Józefa po cenach składowych z opuszczeniem znacznego rabatu, toż samo Panom Aptekarzom.

Pierwszy c. k. koncesyjonowany i przez Wys. Ministerstwo subwencyjonowany

ZAKŁAD KROWIANKOWY

pod kontrolą i nadzorem władz zdrowotnych

Wiedeń Alserstrasse 18.

Rozsełka codzienna świeżéj krowianki pod gwarancyją przyjęcia się.

HAY, lekarz.

Krowianka do szczepienia jednego dziecka wystarczająca 1 złr.

☛ Tylko szczepienie prawdziwą krowianką ochrania od naturalnéj ospy i wszelkich zaraźliwych chorób, które ze szczepienia limfą z dzieci zbieraną, często się pojawiają.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 44

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	" 4 " 40 "	" " " " 3 "	" 8 "	" 12 "
Kwartalnie	" 2 " 20 "	" " " " 1½ "	" 4 "	" 6 "

Kraków, 1 lipca 1882. **Nr 26.** Rok XXI.

I. O wiądzie rdzenia pacierzowego.

Wykład miany na posiedzeniu Tow. Lek. krak. w dniu 24 maja 1882.

Przez prof. Dra Adamkiewicza.

(Dokończenie. Patrz Nr. 25).

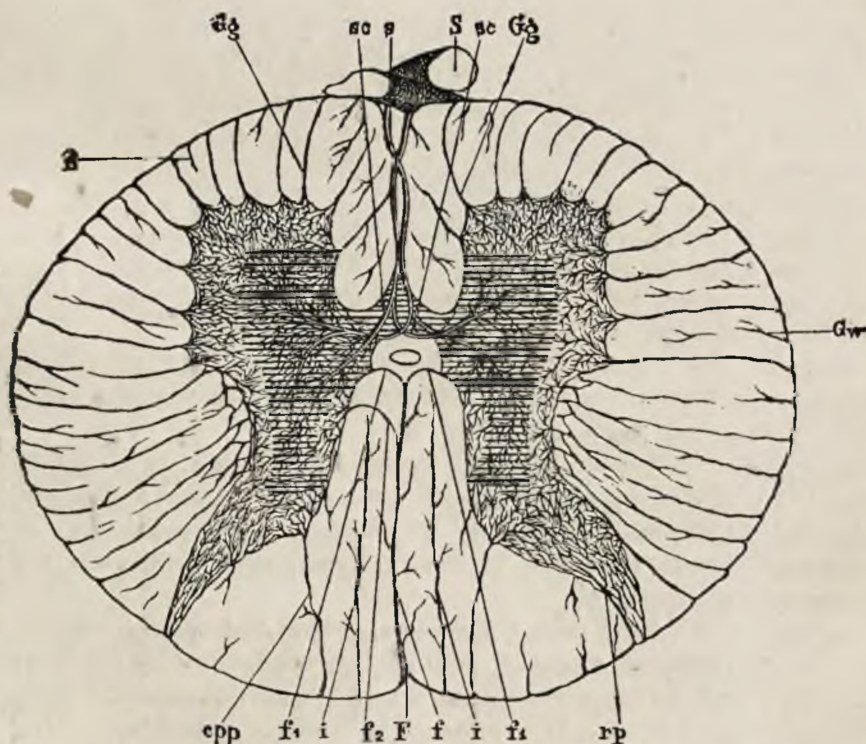


Fig. 2.

Rysunek załączony przedstawia schemat przecięcia rdzenia pacierzowego nastrzykanego. W *S* widać oba przecięcia co dopiero opisanego podłużnego zespolenia tętnic, a względnie żył, w *s* jest przedstawioną tętniczka (względnie żyłka rowkowa), jak przechodzi przez całą głębokość przedniego wcięcia aż do przedniego spoidła. Skoro tylko tętniczka rowkowa do białego spoidła wstąpiła, dzieli się, jak to figura II przedstawia, na dwie gałązki, które w przeciwnych sobie kierunkach ku zewnątrz biegną, tak, że każda z nich wstępuje do szaréj istoty po odpowiedniéj sobie stronie. Te gałązki można nazwać dla ich przebiegu t ę t n i c z k a m i r o w k o - s p o i d ł o w e m i *(arteriae sulco-commissurales, sc fig. II)*. Bliższe badania wykazały, że te naczyńka, nader szybko rozdzielające się w naczynia włosowate, zaopatrują środkowy, t. j. obok spoidła położony obszar szarych słupów. Jest to ten obszar, który w rysunku przedstawia się cieniowanym. Cały ten obszar odżywia prąd krwi, biegnący (jak to łatwo na figurze widzieć można) od punktu rozgałęzienia się tętniczek rowkowych na tętniczki rowko spoidłowe, t. j. od środka rdzenia pacierzowego promienisto ku jego obwodowi, a więc o d ś r o d k o w o, biegnący.

W przeciwstawieniu do układu naczyniowego odśrodkowego istnieje drugi wielki układ naczyniowy, który doprowadza krew całéj reszcie rdzenia pacierzowego, niezaopatrzonego przez tętniczki rowkowe i ich gałązki. Ten drugi układ naczyń krwionośnych składa się z tak nazwanego przezemnie w i e ń c a t ę t n i c z y c h g a ł ą z e k *(vasocorona)*, które biegną w kierunku wprost przeciwnym prądowi poprzednio opisanego układu, a mianowicie od obwódu ku środkowi a więc d o ś r o d k o w o.

Nie chcę tu również, jak przy opisie poprzedniego układu wdawać się w szczegóły, lecz tylko to nadmienię, co do zrozumienia poprzednio opisanych zwyrodnień wiądowych niezbędnie jest potrzebném.

Układ d o ś r o d k o w y naczyń jest to ten, w o b s z a r z e k t ó r e g o z w y r o d n i e n i a w i ą d o w e swój

początek biorą, jemu to z tego powodu poświęcimy baczniejszą uwagę.

Możemy rozróżnić 3 kategoryje dośrodkowo biegnących naczyń w istocie rdzenia pacierzowego.

1) Naczynia brzeżne, jak je nazywam, są to małe, wprost z opony miękkiéj do istoty rdzenia pacierzowego wstępujące naczyńka (obacz *R* na figurze II) o bardzo krótkim przebiegu i jednakowéj długości. Wszystkie razem tworzą rodzaj brzegu naczyniowego na około całego obwodu rdzenia pacierzowego; brzeg ten naczyniowy w miejscu, gdzie wcięcie przednie w głąb drąży, towarzyszy temuż także po obu stronach.

2) Druga kategoryja obejmuje większe i nierównéj długości gałązki wieńca naczyniowego (*vasocorona)*, które zowię naczyniami białéj istoty, ponieważ takowe w dośrodkowym swym biegu nie dosięgają nigdzie szaréj istoty, lecz przed nią w istocie białéj się kończą zaopatrując ją swemi gałązkami (obacz *Gw.* na fig. II). Pośród tych naczyń białéj istoty można zawsze odróżnić jednę parzystą i jednę nieparzystą gałązkę. Gałązki te, biegnąc przez obszar tylnych sznurów, odznaczają się swą wielkością, nie brak ich nigdy, a znaleźć je zawsze można w jedném i tém samém miejscu i zawsze w ten sam sposób rozgałęziające się. Gałązkę nieparzystą nazwać wypada tętniczką wcięciową *(arteria fissurae f.* fig. II), a mianowicie z tego powodu, ponieważ zawsze wstępuje do wcięcia tylnego (*F* na fig. II) i biegnie wzdłuż przegrody przynależnéj do tylnego wcięcia w kierunku ku tylnemu spoidlu. Najczęściéj kończy się ta tętniczka przed tylném spoidłem i zaopatruje swemi gałęziami najbliżéj przegrody położoną część białéj istoty wdtylnych sznurach. Czasem dosięga tylnego spoidła i oddaje przy brzegu tegoż dwie delikatne, w przeciwnych kierunkach biegnące, gałązeczki (*f_1* fig. II). Dopóki przebiega w obrębie słupów Clarka, oddaje prawie stale i dla tychże gałązkę (*f_2* fig. II), która następnie zawraca do obrębu słupów Clarka tuż niedaleko przed spoidłem.

Co się tyczy liczby tętniczek wcięciowych, to równa się ona blizko liczbie tętniczek rowkowych; pierwsze wraz z ostatniemi dzielą przecięcie poprzeczne rdzenia pacierzowego na dwie boczne połowy. Kierunek prądu w tętnicach wcięciowych jest naturalnie wprost przeciwnym prądowi tętnic rowkowych. Parzysta gałązka przyłącza się zupełnie do obu bocznych granic między sznurami Golla i Burdacha. Dla tego zdaje się być trafną nazwa dla tychże naczyń tętnice międzysznurowe (*arteriae interfuniculares*). Z przebiegu tych naczyń (*i* fig. II) wynika, że oba naczyńka obejmują właśnie sznury Golla, zbiegają się ku przodowi i zamykają między sobą trójkątne pole, wierzchołkiem ku przodowi zwrócone. Zazwyczaj kończą się obie tętnice międzysznurowe tuż przed tylném spoidłem, oddawszy swe gałązki na prawo i na lewo, t. j. do sąsiednich obszarów, a mianowicie na wewnątrz do sznurów Golla i na zewnątrz do sznurów Burdacha.

3) Trzecia kategoryja promienisto przebiegających gałązek sięga do szaréj istoty i rozgałęzia się w téjże. Dla tego nazwać je możemy naczyniami istoty szaréj *(Gg.* fig. II). Te naczyńka rozpadają się, skoro tylko osiągnęły szarą istotę, w siatkę naczyń włosowatych i zaopatrują temiż tę resztę szaréj istoty, któréj nie dosiągnęły naczynia włosowate tętnicy rowkowéj (obacz nalinijowany obszar szarych słupów na fig. II).

Ponieważ obwodowy pas szaréj istoty zależy wprost od rozgałęzień naczyń téj ostatniéj kategoryi, widzimy przeto że właściwe, tak charakterystyczne i jak wiadomo, w różnéj wysokości rdzenia pacierzowego zmienne kształty szaréj istoty zależą właśnie od rozprzestrzenienia się gałązek wieńca naczyniowego. Szczególny wpływ na ukształtowanie szaréj istoty posiadają z pomiędzy tych naczyń te, które dosięgają szarych słupów przednich w towarzystwie przednich wiązek korzeniowych i które rozprzestrzeniają swą sieć włosowatą w obrębie wielobiegunowych zwojów w rogach przednich. Z pośród reszty naczyń istoty szaréj odszczególniają się atoli liczbą, wielkością i swym stałym przebiegiem te naczynia mianowicie, które przechodzą przez obszar tylnych sznurów i wchodzą ztąd do szaréj istoty. A do tych, na nie proszę zwrócić szczególną uwagę, należą:

1) Naczynia, które wstępują wraz z tylnemi wiązkami korzeniowemi w obszar szarych tylnych rogów (*artt. radicum posteriorum rp.* fig. II) i które się rozgałęziają w istocie tychże. Te tętnice tworzą, podobnie jak same tylne wiązki korzeniowe, granicę między tylnemi a bocznemi sznurami i oddają, nim jeszcze dosięgną tylnych rogów, gałązki do przyległych obszarów tylnych i bocznych sznurów.

2) Daléj należą tu także dwa bardzo silne naczyńka, które między tętnicami międzysznurowemi, a tętnicami korzeni tylnych, więcéj do tych pierwszych zbliżone, wstępują do tylnych sznurów i następnie płyną ku szaréj istocie w dwóch łukach zwróconych wypukłością ku przodowi, gubiąc się właśnie w głowie tylnych rogów (*artt. cornuum posteriorum posticae cpp.* fig. II).

Jeżeli więc teraz porównacie Panowie przebieg powyżéj opisanych obrębów zwyrodnień wiądowych z przebiegiem naczyń, biegnących przez obszar tylnych sznurów, co przy równoczesném oglądaniu obu schematycznych figur niezawodnie będzie łatwém, to nie ujdzie Waszéj uwagi, że istnieje między owemi obrębami zwyrodniałemi a naczyniami sznurów tylnych więcéj niż powierzchowne podobieństwo.

Zwyrodnienie 1 fig. I, które nazywam zwyrodnieniem przybrzeżném, zgadza się, jak Panowie widzicie, z przebiegiem naczyń brzeżnych (obacz *R.* fig. II).

Zwyrodnienie 2, fig. I odpowiada w zupełności przebiegowi tętnicy wcięciowéj (*f.* fig. II), która zupełnie przez środek tegoż zwyrodnienia bieży i dla tego również jako anatomiczny środek tegoż może być uważaną.

Zwyrodnieniom 3 fig. I odpowiadają symetryczne naczyńka, które Panom określiłem jako *artt. cornuum posteriorum posticae* (*cpp.* fig. II).

Podobnież uznanie zgodności zwyrodnień 4 z odpowiedniemi naczyniami tylnych sznurów nie przedstawia żadnych trudności, gdyż jak to widzieliśmy, tak zwyrodnienia, jak tętnice towarzyszą w odpowiedniém miejscu tylnym wiązkom korzeniowym.

Jeżeli więc z jednéj strony przyznać musimy, że rzeczywiście występują zwyrodnienia wiądowe w sposób przezemnie opisany, jeżeli następnie można wnioskować z podań już wspomnianych znakomitych badaczy (Westphala, Senatora), że ten rodzaj występowania zwyrodnień nie należy wcale do rzadkości i jeżeli daléj spodziewać się można, że skoro teraz zwrócono uwagę na ten przedmiot, częściéj spostrzeganym będzie i jeżelim wreszcie powyższemi wywodami mógł wykazać, że ów, tak charakterystyczny przebieg zwyrodnień wiądowych najzupełniéj się zgadza z naczyniami krwionośnemi, zaopatrującemi obszar tylnych sznurów, to

także zgodzicie się Panowie ze mną, jeżeli ową zgodność nie za przypadkową uważam, jeżeli się z wszelką stanowczością oświadczam za bezpośrednim, przyczynowym związkiem między zwyrodnieniem wiądowém a przebiegiem naczyń w tylnych sznurach rdzenia. Wprawdzie nie mogę pominąć, że w niektórych przypadkach zwyrodnienie wiądowe nie zdaje się drogą przezemnie opisaną postępować; ale w tych przypadkach nie ma najmniejszéj trudności (jak to Senator przy sposobności [1]) zauważył w przypuszczeniu, że zwyrodnienie wiądowe występuje prawdopodobnie nie zawsze we wszystkich naczyniach, lecz w jedném lub drugiém naczyniu silniéj. Nadto można dla wytłumaczenia takich odmiennych postaci zwyrodnień odnieść się do nieprawidłowego przebiegu naczyń w tylnych sznurach; w największéj atoli liczbie przypadków będziemy mieć do czynienia ze staremi sprawami wiądowemi, w których przez zlanie się pojedyńczych obrębów zwyrodniałych zaciera się ich ostre odgraniczenie i odróżnienie. Wreszcie jest także możebném, że w pewnéj kategoryi przypadków zwyrodnienie wiądowe nie postępuje w ślad za naczyniami, lecz rzeczywiście tylko za włóknami nerwowemi i że wtedy w istocie przedstawia pierwotne, miąższowe zwyrodnienie. Wtedy podział wiądu rdzeniowego na formę międzymiąższową i formę miąższową byłby nieodzownym i należałoby tylko wykazać, jak się obie formy pod względem etyjologicznym od siebie różnią. Tyle jest bezwarunkowo pewném, że zwyrodnienia przezemnie opisane nie mogą być żadną miarą pierwotnemi miąższowemi zwyrodnieniami. Wychodzą one bowiem stanowczo z tętnic tylnych sznurów i należą według tego do téj kategoryi spraw przewlekłych zwyradniających, które zwykły postępować w ślad dróg naczyniowych i są zawsze przyrody międzymiąższowéj.

Przy zakończeniu tych uwag nasuwa się nam mimowolnie pytanie, w jaki to właściwie sposób dzieje się, że właśnie obszar tylnych sznurów posiada naczynia, z których tak łatwo szerzą się sprawy zwyradniające, podczas gdy, o ile nasze doświadczenie sięga, inne naczynia rdzenia nie przyczyniają się nigdy do takich spraw. Dostatecznéj zupełnie odpowiedzi nie można tymczasowo dać na to pytanie, chciałbym jednakowoż zwrócić tutaj uwagę na względnie obfite bogactwo w naczynia krwionośne, którém się właśnie tylne sznury od innych części białéj istoty bardzo wyraźnie wyróżniają i na okoliczność, że gałązki naczyniowe tylnych sznurów posiadają z pomiędzy wszystkich naczyń rdzenia najliczniejsze rozgałęzienia i więcéj stały przebieg niż inne gałązki wieńca naczyniowego. Z większą o wiele pewnością można odpowiedzieć na pytanie, nie mniéj zajmujące, dla czego raz rozpoczęte zwyrodnienie w obszarze naczyń tylnych sznurów nie przekracza zazwyczaj obszaru tylnych sznurów, a jeżeli takowy w rzadkich przypadkach przekracza, to zawsze tylko w jedném i tém samém miejscu. Przyczyna tego polega na tém, że obszar sznurów tylnych ze wszech stron jest oddzielonym przez szarą istotę od sąsiedztwa, i że zwyrodnienia postępują tylko za silnemi pasmami tkanki łącznéj, a więc za większemi naczyńkami, nie drążą jednak w obszar naczyń włosowatych. Szara zaś istota jest właśnie, jak to na wstępie wykazałem, zupełnie identyczną z obszarem naczyń włosowatych rdzenia pacierzowego. Jedyne atoli miejsce, gdzie tylne sznury nie są oddzielone od sąsiedztwa szarą istotą względnie naczyniami włosowatemi, lecz białą istotą, względnie gałązkami naczyniowemi, jest to obszar tylnych wiązek korzeniowych lub tętnic, pod nazwą *artt. radicum posteriorum (rp.* fig. II) już przytoczonych. Obszar tych naczyń, względnie tylnych wiązek korzeniowych, jest w istocie jedyném miejscem, w którém zwyrodnienie tylnych sznurów przechodzi po obu stronach (jak to fig. I wskazuje) na obszar sąsiednich sznurów bocznych. Wtedy powstaje ta forma zwyrodnienia, którą Westphal nazwał skombinowaném stwardnieniem tylnych i bocznych sznurów (*combinirte Sklerose der Hinter- und Seitenstränge).*

[1]) Na posiedzeniu Towarzystwa fizyjologicznego w Berlinie w dniu 14 kwietnia 1882.

II. Oceny i sprawozdania.

Aktynomykoza człowieka. Nowa choroba zakaźna.

(Sprawozdanie z dzieła Ponficka p. t. *Die Actinomycose des Menschen.* (Berlin, 1882). Podał J. Schaitter.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

W opisie objawów i przebiegu choroby, mianowicie przypadków uleczonych, (ogłoszonych przez Israëla i Rosenbacha), zwraca uwagę na siebie okoliczność, że ropienie rozpoczynało się zawsze w dolnéj połowie twarzy, w postaci ograniczonego, chełboczącego guza, pokrytego miernie naciekłą skórą; po kilku tygodniach lub miesiącach, rozszerzyła się sprawa chorobowa w połowie (8) przypadków na szyję, nie tyle skutkiem opadu, ile skutkiem czynnego jéj postępowania, tworząc tu guzy, naśladujące obraz anginy Ludwiga. Guz ogranicza się zazwyczaj do obojczyka i otwiera się dobrowolnie w kilku miejscach, a z przetok powstałych sączy się płynna ropa podobna raczéj do mętnéj surowicy i wydobywa się nader wiotka, gębczasta tkanka granulacyjna, zawierająca obficie powyżéj opisane żółte ziarenka, które mają największą ważność rozpoznawczą nawet w guzach małéj objętości. Już w przypadkach należących do téj pierwszé grupy wypada zaznaczyć ważny objaw kliniczny, przeciągły rozwój sprawy chorobowéj bez przypadów ogólnych mianowicie bez gorączki, która pojawia się tylko w tych przypadkach, gdzie sprawa dosięga błon surowiczych opłucny, osierdzia lub otrzewny, wywołując na nich zapalenie. Objaw ten uwydatnia szczególnie przebieg w przypadkach należących do drugiéj grupy, tj. ze zejściem śmiertelném. Czas trwania choroby wynosi przeciętnie 12 miesięcy według podań samych chorych. W jednym tylko przypadku z téj grupy zachodził związek pomiędzy cierpieniem zęba a właściwą chorobą, któréj przypady rozwinęły się bezpośrednio po jego wyjęciu. W siedmiu innych pierwszym objawem były bóle kłójące obok powstającego bolesnego obrzęku. Najczęściéj doznawali ci chorzy bólu w plecach lub po jednéj stronie piersi; najbliższym objawem groźniejszym bywało zapalenie opłucny. Sprawa zapalna na opłucnie lub otrzewnie raz się nasila to znów ustępuje, po dłuższéj lub krótszéj przerwie obok tego występują zmiany w miąższu płuc lub szerzy się ku częściom miękkim grzbietu, a drążąc licznemi zatokami wytwarza rzekome ropnie ściekowe, otwierające się dobrowolnie. Zawsze dzieje się to w ciągu tygodni i miesięcy, w obec nieznacznego oddziaływania tak ze strony zajętych tkanin, jak całego ustroju, tak, że ani znaczniejsza bolesność, ani zboczenie w czynności, ani stan gorączkowy znaczniejszy nie zdradza tego ociężale postępującego spustoszenia. Po miesiącach lub latach cierpienia wzmaga się

wyniszczenie jako nieuniknione następstwo utrudnionéj przemiany guzów, materyi odżywczéj i utraty białka, a wlokący się przebieg, narażający na ciężką próbę cierpliwość chorego i lekarza, przyspieszają przerzuty w jelitach lub skrobiawicę narządów miąższowych i sprowadzają zejście śmiertelne wśród ogólnéj puchliny. Mimo zadziwiającéj wielokształtności zmian napotykanych, które trudno wprowadzić w związek ze sobą, łatwo oryjentujemy się w nich, wysnuwając wszystkie od krzewienia się swoistego pasorzyta, rozchodzącego się w organizmie drogą przerzutową w układzie naczyniowym. Do takiego przypuszczenia uprawniają nas zupełnie przypadki wyżéj wspomniane, gdzie raz znaleziono wybujałości z grzybkami, sterczące do światła naczyń, innym razem zmiany w śledzionie i wrzody w jelitach powstałe na tle zatoru grzybkowego.

Opisany powyżéj przypadek czwarty jest typem pierwszéj odmiany téj choroby, nie tylko ze względu na przebieg i zejście, lecz ze względu na etyjologiję i niezaprzeczenie systematyczne szerzenie się sprawy chorobowéj wśród organizmu. Pomijając na razie zajmującą sprawę istoty przyrzutu i sposobu wtargnienia do ranki, powstałéj przed 14tu miesiącami po wyjęciu zęba, gdy rozważymy rozległość sprawy destrukcyjnéj z jednéj strony na podstawie czaszki nawet w saméj istocie korowéj mózgu, z drugiéj strony ograniczającéj się na obu nowowytworzonych workach około-opłucnowych, nie obejmującéj bezpośrednio narządów klatki piersiowéj i trzew brzusznych, wydamy ostateczny sąd o tym przypadku téj treści: Aktynomykoza w rozwoju względnie ograniczona lecz miejscowo nasilona, nie zajmująca narządów wewnętrznych oprócz *per continuitatem* zajętego płata skroniowego mózgu. Wymorzenie skutkiem bliznowatego zwarcia szczęk. Skrobiawica ogólna i uwiąd skutkiem ropienia. Smierć po upływie 14 miesięcy.

Silących się nagiąć aktynomykozę, na podstawie opisanego przypadku, pod względem przebiegu, do form chorobowych znanych, najprędzéj zwróciłaby naszą uwagę „ropnica przewłoczna“ w myśl Israëla. Tu jednak brak nam głównego objawu klinicznego, mianowicie kilkakroć ponawiającego się dreszczu, i razi niestosunek pomiędzy rozległością spustoszeń a przebiegiem prawie bez gorączki i bez oddziaływania. Musimy się jeszcze na razie liczyć z tradycyjonalnemi pojęciami „przewłocznéj ropnicy,“ jednak w przekonaniu, że nazwą tą obejmujemy szereg zmian następowych, produkty różnych spraw destrukcyjnych, nie obejmując i nie określając niemi wcale saméj istoty choroby.

Typem drugiéj odmiany jest przypadek (3ci), który w przeciwstawieniu do poprzedniego, jest najodpowiedniejszym do okazania wielokształtności postaci klinicznych, objętych zakresem aktynomykozy. W tym przypadku rozpoznanoby jeszcze przed kilku laty „kilaki w sercu“ lub „pierwotny mięsak“ z przerzutami w mózgu i śledzionie. I tutaj sprawa rozpoczęła się po zranieniu wielkiego palca u ręki. Kolejne występowanie obrzęku odnogi i rozszerzenie się sprawy na grzbiet w ciągu dwu lat, uprawnia nas zupełnie do zestawienia tych przypadów, ile że odnoga od czasu zranienia nigdy już nie powróciła do stanu prawidłowego. Zwracając uwagę na obraz anatomiczny skreślony powyżéj, należałoby epikryzę tego przypadku przedstawić w ten sposób. Aktynomykoza po lewéj stronie szyi z naciekiem w odnodze górnéj po stronie prawéj, następową ociekliną i wytworzeniem ropnia około części piersiowéj stosu kręgowego, zajęciem przyległéj opłucny i płuca; guzowate wybujałości w świetle żyły szyjnéj, przerzuty w prawéj połowie serca, w mózgu i w śledzionie; śmierć z zapalenia opłucny i osierdzia, wznieconego przez wybujałość nowotworową sterczącą z prawego przedsionka.

Do trzeciéj odmiany będą należeć 2 przypadki opisane przez Israëla i 5ty Ponficka. W tych było schorzenie płuc pierwszym objawem spostrzeżonym, sprawa zajmowała następnie opłucnę i dążyła ku ulubionemu siedlisku, ku tkance tylnego śródpiersia i najbliższéj okolicy stosu kręgowego. Israël domyśla się zakażenia organizmu zarodkami grzybka promienistego, wprowadzonego z powietrzem oddechowém. Ponfick nie sprzeciwia się wcale temu przypuszczeniu, nadmienia jednak, że w obec nader gnuśnego rozwoju spraw destrukcyjnych, właściwego aktynomykozie, mogła się sprawa szerzyć niepostrzeżenie w tylném śródpiersiu, nim ją zdradziło zapalenie płuc i przyspieszyło uogólnienie się zmian chorobowych. (Dok. nast.).

E h r l i c h: Łatwy sposób uwidoczniania laseczników gruźliczych.

Sposób ten pochodzi od E h r l i c h a w Berlinie i przedstawia się w tak prostéj postaci, że wkrótce stanie się własnością ogółu lekarskiego. Pospieszamy podzielić się opisem z czytelnikami wziętym ze sprawozdania V e n i n g e r a na ostatniém posiedzeniu Tow. lek. wied. (26 maja *Wiener med. Blätter)*.

Ścisnąwszy między dwoma szkiełkami nakrywkowemi nieznaczną ilość plwociny gruźliczéj odejmuje się następnie takowe od siebie i wysusza się szkiełka na wolném powietrzu mniéj więcéj przez minut dziesięć. Następnie należy jeszcze szkiełka ze dwa lub trzy razy przeprowadzić przez płomień lampki spirytusowéj lub gazowéj. Teraz wkłada się szkiełko nakrywkowe z plwociną zaschłą na pół godziny do barwika, złożonego z aniliny (*Anilinölwasser*) i jakiegobądź z obecnie używanych barwików a zatem wyskoku bezwodnego, fuksyny lub błękitu metylenowego.

Po wyjęciu szkiełka nakrywkowego (preparatu) z barwika obmywa się takowe w $33\frac{1}{3}\%$ kwasie azotowym celem odbarwienia utkania, wśród którego laseczniki gruźlicze się znachodzą. Laseczniki zachowują nadaną sobie barwę podczas gdy ich otoczenie w zupełności się odbarwia.

Chcąc zaś otoczenie laseczników trwale barwić, należy użyć zieleni metylowéj, gdy się do barwienia pierwotnego użyło fuksyny, przyczém laseczniki się na czerwono zabarwiły; jeżeli zaś zabarwiono takowe błękitno, t. j. gdy użyto poprzód błękitu metylenowego lub goryczki *(Gentianblau)*, należy do barwienia otoczenia laseczników użyć brunatnych barwików, jak np. chryzoidynowego, *bismarckbraun* lub wreszcie wezuwinu. Wszystkie te rozczyny barwikowe są rozczynami wyskokowemi zgęszczonemi.

Po powtórném obmyciu preparatu należy go wysuszyć (bibułą przy lampce itd.) i włożyć w kroplę balsamu kanadyjskiego na szkiełko przedmiotowe. *Dr. Pisek.*

Wiadomości pomniejsze.

(K.) **Środek przeciw napadom hystero-epileptycznym** podaje F e l e t t i. W czasie napadu należy postawić w okolicy dołka żołądkowego synapizm albo jeszcze lepiéj nacierać okolicę tę olejkiem synapizmowym. Również skutecznem okazało się drażnienie skóry w okolicy dołka za pomocą prądu przerywanego. (*Ctrblt f. Nervenheilkunde* 1882, str. 217).

(K.) **Ciekawy przypadek zboczenia umysłowego** (*Jahrb.*

f. Psych. III. str. 211) podaje Sterz. Mężczyzna w średnim wieku z czaszką asymetryczną, okazujący różne niewłaściwości i oryginalności w sposobie myślenia i zapatrywania się na stosunki światowe, a przytém słabych zdolności umysłowych, już w młodości czuł szczególny pociąg do mężczyzn. Pociąg ten był początkowo czysto etycznym, w późniejszym jednak czasie objawiał się i czynnie; chory oddawał się bowiem z wielkiém zamiłowaniem samcołożstwa. Mimo kilkokrotnego karania sądowego mężczyzna ów nie zmienił swego postępowania, oznajmiając, że ma pociąg nieprzezwyciężony do mężczyzn. Próby prawidłowego spółkowania wywoływały u tego człowieka nudności, wymioty, a nawet mdłości. (*Cblatt f. Nervenheilkunde* str. 220).

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Posiedzenie doroczne z d. 14 stycznia 1882.

Przewodniczący Dr. Czyżewicz. Członków obecnych 24.

1) Przewodniczący czyni rzut oka na dzieje Sekcyi w r. 1881. Z przeglądu wynika, że rok ubiegły nie ustępuje poprzednim, ani pod względem ilości posiedzeń tak Sekcyi jak jéj biura, ani pod względem czynności obojga.

2) Sekretarze: administracyjny Dr. Pawlikowski i naukowy Dr. Jana czytają sprawozdania ze swych działów. Ze sprawozdań tych pokazuje się:

A) Że Sekcyja odbyła w r. 1881 posiedzeń zwyczajnych naukowych 14, a biuro jéj posiedzeń gospodarczych 4, że na każdém posiedzeniu Sekcyi bywało średnio po 19 kolegów, wreszcie że Sekcyja liczy obecnie 90 członków.

B) Odczytów z różnych gałęzi medycyny było 11, mieli je koledzy: Jasiński, Krówczyński, Mahl, Pawlikowski, Rieger, Edw. Sawicki, Strojnowski i Szeparowicz.

C) Prócz odczytów było jedenaście wykładów na chorych, okazach anatomicznych i przyrządach lekarskich. Demonstratorami byli koledzy: Gostyński, Rieger, Schattauer, Strojnowski, Szeparowicz.

D) Sprawozdawcami Komisyj byli kol.: 1) Bulikowski Komisyi mleczarnianéj, 2) Merunowicz Komisyi dla miejsc klimatycznych w Galicyi i 3) Pawlikowski Komisyi ospowéj.

E) W sprawie księgozbioru wspomnieć należy, że takowy ma obejmować wedle dawniejszych obrachunków: dzieł większych 439 w 795 tomach, rozpraw mniejszych 204, czasopism 68 w 555 tomach, razem dzieł większych i mniejszych 811 w 1.555 woluminach.

3) Z kolei Mr. Madejski jako gospodarz Sekcyi zdaje sprawę z wydatków i stanu kasy. Ze sprawozdania wynika: że 1) dochód w roku skarbowym ubiegłym (15/I 1881 do 13/I 1882) wynosił 89 złr. 50 cent., z czego 2) wydano 47 złr. 80 cent., 3) majątek zaś Sekcyi stanowi 398 złr. 49 cent. Z tego 30 złr. w gotówce, reszta w książeczce Kasy oszczędności.

4) Zgromadzenie wysłuchawszy sprawozdań powyższych, uchwala podziękowanie ustępującemu Zarządowi a powziąwszy parę uchwał administracyjnych w sprawie księgozbioru, przystępuje do wyboru nowych funkcyjonaryjuszów. Wybrani *A)* do zarządu: naczelnikiem Sekcyi Dr. Różański, zastępcą jego Dr. Czyżewicz, sekretarzem naukowym Dr. Dyhdalewicz, członkami biura Drowie: Lech i Gostyński. (Sekretarz administracyjny Dr. Pawlikowski i gospodarz Sekcyi Mr. Madejski, jako wybrani na 3 lata, pozostają nadal). *B)* Delegatami na Walne Zgromadzenie: kol. Kubicki, Rieger, Różański.

Sekr. Dr. *Jana.*

IV. Lekarze i leczenie w Turcyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski
w Kutahii w Anatolii.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 25).

W czwartéj wreszcie kategoryi leczących wypada pomieścić indywidua najciekawsze, ale jednocześnie i najniewinniejsze, tj. ludzi używających formułek religijnych i których zadaniem jest walka z djabłem. Jedni więc z nich posługują się kabałą i zamawianiami, drudzy modlitwą i nakadzaniami, inni wreszcie przepowiadają trzymając w ręku kość mostkową kurczęcia. Są zaś i tacy, którzy posługują się pigułkami homeopatów, wszyscy zaś razem jeżeli nie przynoszą nic dobrego, to też i nie wiele szkodzą.

Z tych zaś czterech klas leczących w Turcyi na nieszczęście druga i trzecia, będąc najniebezpieczniejszemi, znajdują jednak w pośród ludu największe zaufanie. Prawdziwi lekarze posiadają w istocie poważanie w sferach wykształconych; liczba ich jednak jest tak małą, a praktyka tak ograniczoną, że i sama pozycyja w niezbyt powabném przedstawia się świetle. I przeciwnie, wszystko co tchnie wstrętem i grozi niebezpieczeństwem, z zapałem się rozchwytuje. Uważane bowiem za czyn instynktu lub cudownego natchnienia, łatwiéj trafia do przekonania ogółu. Chcieć zaś oddziaływać na usposobienie ludu, zmienić tryb postępowania uświęcony wiekami, to zadanie, którego ani szkoła lekarska w Stambule, ani Towarzystwo lekarskie ze swym bardzo ubożutkim lecz szumnie zatytułowanym tygodnikiem „*Gazette medicale d'Orient,*“ bawiącym swych czytelników parlamentarnemi dysputami członków i szczegółami zapomnianemi gdzieindziéj, nie zdołają z korzyścią przeprowadzić, tak że najszlachetniejsza nauka, robiąca nieustające postępy w innych częściach świata, w Turcyi pozostanie w dali od idei cywilizacyi i wyłamać się z rutyny ciemnoty i przesądów nie zdoła tak łatwo.

Na tle tak ukształtowanych stosunków leczniczych w Turcyi szczegółem uderzającym każdego rozpoczynającego tu praktykę jest ta sympatyczna łącznia, egzystująca między leczącymi i przedającymi leki. Po opisaniu jakości pierwszych przedstawia mi się teraz nowe do rozwiązania zadanie, mianowicie wyszczególnienie samych sposobów leczenia i wykazanie zasobów odpowiednich.

Wschód nie jest tylko krajem słońca i aromatów. Jest to żyzne pole, na którém natura z całą obfitością zasiała istoty lecznicze najcenniejsze i najrzadsze. Wszystkie trzy królestwa zdają się jakby ubiegać się w zbogaceniu skarbów téj żyznéj kopalni. Wielka liczba jéj produktów znanych i cenionych w najgłębszéj starożytności znajdują się i w obiegu europejskim, większa ich liczba są nieznane lub zapomniane. Istoty te, tak zbawienny wywierające wpływ gdy są stósownie użyte, stają się w rękach nieznającego ich własności środkami szerzącemi zniszczenie i śmierć! Ztąd więc łatwo zrozumieć całą doniosłość złego, jakie mogą wywołać niewprawni aptekarze w kraju, gdzie produkta i przetwory najbardziéj energiczne, pozostają, że tak powiem, w ręku każdego, gdzie ludność miejscowa ma zgubny zwyczaj pochłaniania najrozmaitszych i najdziwaczniejszych mięszanin, czy to z działu soków roślinnych, lub téż najnieodpowiedniejszych połączeń chemicznych. W istocie téż często dziwić się wypada, że życie tylu osób pozostaje stale i bez najmniejszéj kontroli w rękach ludzi przesądnych i niewykształconych, a ztąd téż i blizkich występku. Przedaż bowiem wszelkiego rodzaju leków jest tu dostępną dla każdego. Zajmuje się tém wędrowny Semita, ociężały Turek lub brudny Persyjanin. I wystarczy przeniknąć do tak zwanéj „Mysyrczarszy“ w Stambule, ażeby zdać sobie sprawę z zasobów aptekarskich, bezładnie tu nagromadzonych, i sposobów samego zbytu jaki się tu praktykuje. Tutaj to więc w ogromnych koszach, drewnianych miskach, gąsiorach i workach, są wystawione na sprzedaż najrozmaitsze produkty trzech

królestw natury. Zaczynając od cynamonu i gwoździków, od czerwonego pieprzu, haszyszu, gum wschodnich, hałunu i proszku z *„Lausonia sorbilis“* (owéj tyle sławnej „Henne“), a kończąc na ogromnych zasobach makowca, aloesu, arszeniku, rtęci, połączeń sinu, ołowiu i t. p. wszystko tu się spotyka i nabywa z największą łatwością. Nikt nie pyta się nikogo o cel nabywania tego lub owego artykułu. Zasadą bowiem jest sprzedaż. A zatém każdy z handlarzy stara się tylko zbyć co rychléj posiadany produkt, uśmiecha się, gdy damy tureckie żądają aloesu lub olejku z Kuty, a tymczasem zachwala wszystko po swojemu, zaczepiając każdego przechodnia, gdy tylko zauważy, że przenikający odór aromatów zwrócił uwagę na wystawione tu bakalije. Nadzwyczajna taniość znajdujących się tu produktów leczniczych jest po wodem, że prawie wszyscy aptekarze tak w stolicy jak i na prowincyi tutaj zwykli się zaopatrywać. Bo stosunkowo mała tylko liczba dobrze urządzonych aptek na Perze zwykła sprowadzać produkty chemiczne z zagranicy. A i wtedy nawet pomimo ozdób apteki i złoconych napisów na słojach i naczyniach nie należy zupełnie ufać w doskonałość ich treści. Łatwo się o tém przekonać, wszedłszy do jednéj z licznych tu bardzo aptek.

Najprzód więc uderzy nas sama ich ornamentyka, obliczona na wywołanie efektu. Daléj przeniknąwszy do wnętrza laboratoryjum ze szczególnym spotkamy się widokiem, wywołującym uśmiech i wstręt jednocześnie. Pewna ilość naczyń glinianych wielkiéj objętości zajmuje co najmniéj połowę pracowni. Naczynia te, zdobne w szumne napisy grecko francuzkie, zawierają zwykle najrozmaitsze odwary, podług przepisu samego aptekarza, przygotowującego je najczęściéj raz na miesiąc. Po stronie przeciwnéj pracowni widzimy znowu szeregi butelek i buteleczek, przeznaczonych do dystrybucyi powyżéj wzmiankowanych odwarów. W kątach leżą naczynia szklane, lejki lub niektóre narzędzia chemiczne, zwykle rzadko zmieniające swą sytuacyję i niemające innego przeznaczenia nad ozdobę saméj pracowni. W końcu na samym środku spostrzeżemy ogromny piec aptekarski, poczerniały od dymu, jednak nie z powodu przygotowanych na nim przekropleń lub naparów, lecz w skutek operacyj kuchennych, ponieważ szlachetne to ognisko bywa zapalaném w tym celu, i tylko w razach bardzo wyjątkowych dla przygotowania leków. Wychodząc z téj tak znakomicie urządzonéj pracowni z pewnością spotkamy się z olbrzymim bronzowym moździerzem z niemniéj poważnym tłokiem, postawionemi tuż przy drzwiach. Moździerz ten dźwięczy kilka godzin dziennie, ażeby przekonać sąsiadów o nieustającéj pracy w aptece. A ponieważ naczynie to wydaje dźwięk o tyle donośniejszy, o ile jest próżniejszym, to téż bić się weń zwykło na pusto, ku wielkiemu zgorszeniu aptekarskiego „Kalfy“ (służący) radego co najrychléj uwolnić się od podobnego zajęcia. W innych znowu aptekach właściciel wystawił przyrząd do wyciskania olejku rącznikowego. Że zaś ta czynność nigdy nie odbywa się, więc taką prasę od czasu do czasu polewa się oliwą, celem przekonania o jéj częstéj działalności.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Zjazd II Lekarzy i Przyrodników czeskich w Pradze.

V.

Sprawozdanie z posiedzeń sekcyjnych.

Zjazd podzielił się na cztery sekcyje: lekarską, matematyczną, przyrodniczą i pedagogiczną. Każda sekcyja rozpadała się na podsekcyje, a mianowicie:

I. Sekcyję lekarską składały podsekcyje: *a)* medycyny wewnętrznéj, przewodniczący Doc. Dr. Maixner; *b)* chirurgiczna, przewodn. Dr. Michl; *c)* medycyny teoretycznéj, przewodniczący Dr. Chudoba; *d)* medycyny sądowéj, przewodniczący Dr. Bělohradský; *e)* farmaceutyczna, przewodn. Dr. Jandouš.

II. Sekcyja matematyczna dzieliła się na: *a)* matematyczną, przewodn. prof. Pánek; *b)* fizyczną, przewodn. prof. Seydler.

III. Sekcyja przyrodnicza dzieliła się na: *a)* przyrodniczą, przewodn. Doc. Veydovsky; *b)* chemiczną, przew. Doc. Raýman; *c)* antropologiczną i archeologiczną przew. prof. Smolik.

IV. Sekcyja pedagogiczna, przewodniczący prof. Durdik.

Według tego porządku zdam sprawę z czynności posiedzeń sekcyjnych.

I. Sekcyja Lekarska. Posiedzenie dnia 27 maja *a)* Podsekcyja dla medycyny wewnętrznéj. Przewodniczący Doc. Dr. Maixner zagaił posiedzenie kilkoma serdecznemi słowy: Szanowni Panowie! Poraz drugi przypada mi cześć zagajania posiedzeń sekcyi lekarskiéj. Jestem przeświadczony, że każdy z Was, Panowie, zachował miłe wspomnienie z posiedzeń I Zjazdu, podczas którego dowiedliśmy zamiłowania do umiejętnéj pracy i naukowéj samopomocy; mam zaufanie, że nietylko prace sekcyi lekarskiéj, lecz prace całego Zjazdu obecnego udowodnią, że pojmując swoje położenie naukowo dojrzeliśmy. Szanowni Panowie! Jest jedna okoliczność, która obecnemu Zjazdowi dodaje świetności, a jest nią wzięcie udziału w Zjeździe pierwszorzędnych powag naukowych z Uniwersytetów krakowskiego i lwowskiego, oraz światłych członków Towarzystw lekarskich: warszawskiego, krakowskiego, lwowskiego i innych. Uświetnili oni Zjazd swoją obecnością i ożywili go zapałem, biorąc współudział z nami w pracach naukowych; wysoko sobie cenimy ten przyjacielski stosunek, który nas łączy z bohaterskim narodem polskim. Proszę Was, Panowie, ażebyście wybrali przewodniczącym dzisiejszego posiedzenia Dra Bolesława Geppnera z Warszawy, czém udowodnicie należytego ocenienia przyjaźni, którą nam synowie Polski przybyciem swém wyrazili (Huczne oklaski).

Dr. Geppner zajął miejsce przewodniczącego. Szereg odczytów rozpoczął prof. Dr. Eiselt: O wpływie wieku oraz rozległości obszaru zajętego zapaleniem, na śmiertelność w zapaleniu płuc. Prof. Eiselt postanowił umotywować twierdzenie swoje nie słowami lecz liczbami. U 1100 chorych na dławcowe zapalenie płuc, sprawa zapalna lokalizowała się: w płucu prawém u 565 chorych, a z tych umarło 115 = 20,5%, w płucu lewém u 405 chorych, a z tych umarło 81 = 20%, w obu płucach u 130 chorych, a z tych umarło 80 = 61,5%. U 1100 cierpiących na dławcowe zapalenie płuc, sprawa zapalna lokalizowała się: po stronie prawéj 51%, po stronie lewéj 37%, po obu stronach 12%. Ze względu na umiejscowienie sprawy zapalnéj śmiertelność była następującą: przy zajęciu górnego płatu prawego 13% przy zajęciu górnego płatu lewego 18%, przy zajęciu dolnego płatu prawego 17%, przy zajęciu dolnego płatu lewego 13%, przy zajęciu całego płuca prawego 65%, przy zajęciu całego płuca lewego 83%. Średnia śmiertelność przy zajęciu zapalném jednego ze szczytów (prawego lub lewego)

wynosi 15,5%, przy zajęciu płatów dolnych (praw. lub lew.) = 15%, przy zajęciu płatu dolnego lub szczytu płuca lew. = 15%, przy zajęciu płatu dolnego lub szczytu płuca praw. = 15%. Śmiertelność podług wieku:

Z 318 dzieci do roku 14 umarło 20,44%

19	chorych od	8—15	roku życia umarło 1	= 5%
101	„ „	16—20	„ „ „	= 5,9%
143	„ „	21—25	„ „ „	= 8,3%
121	„ „	26—30	„ „ „	= 16%
105	„ „	31—35	„ „ „	= 24%
126	„ „	36—40	„ „ „	= 18,2%
107	„ „	41—45	„ „ „	= 25%
118	„ „	46—50	„ „ „	= 36,5%
103	„ „	51—55	„ „ „	= 34%
75	„ „	56—60	„ „ „	= 46,6%
64	„ „	61—65	„ „ „	= 51,5%
64	„ „	66—70	„ „ „	= 50%
44	„ „	71—75	„ „ „	= 68%
22	„ „	76—80	„ „ „	= 63,3%
6	„ „	81—85	„ „ „	= 66%
6	po za	86 lat	„ „ „	= 83%

Dr. Neureutter w ciągu 16-letniéj praktyki zebrał 318 przypadków zapalenia płuc u dzieci (184 chłopców i 134 dziewcząt.

do 1 roku życia,		od 1—4 roku życia,		od 4—8 r. życia,		od 8—12 r. ż.	
chłopc.	dziew.	chłopc.	dziew.	chłopc.	dziew.	chłop.	dziew.
6	4	42	26	68	44	68	60
10		68		112		128	

Razem 318 chorych, a z tych umarło 36 chłopców i 29 dziewcząt.

Na 952 chorych przez prelegenta obserwowanych przebieg choroby co do czasu był następujący:

w pierwszym tygodniu	wyzdrowiało 23,	umarło 61,	razem 84
w drugim „	„ 265,	„ 137,	„ 402
w trzecim „	„ 184,	„ 49,	„ 233
w czwartym „	„ 119,	„ 18,	„ 137
w piątym „	„ 42,	„ 3,	„ 45
w szóstym „	„ 25,	„ 3,	„ 28
w siódmym „	„ 8,	„ 3,	„ 11
po siódmym tygodniu „	10,	„ 2,	„ 12
	676,	„ 276,	„ 952

Z 952 chorych wyleczyło się 676 = 71%
umarło 276 = 29%.

II. Doc. Dr. Janovský: **O pląsawicy połowiczéj** *(hemichorea)*. Prelegent wykłada o dwóch pilnie przez siebie spostrzeganych przypadkach pląsawicy połowiczéj; pierwszy dotyczy 12-letniego chłopca, i ograniczał się do ruchów prawéj ręki i mięśni szyjnych, drugi odnosi się do 21-letniéj kobiety w ciąży. Dr. Janovský zwraca uwagę na częstość pląsawicy połowiczéj i przytacza statystykę Séea, podług któréj na 154 przypadków pląsawicy 97 razy jest ona połowiczą. Szczególność obu przypadków polega na stosunku, w jakim pląsawica się szerzyła oraz na wrażliwości zwrotów szyi. W drugim z opisywanych przez Dra Janovskiego przypadków pląsawica połowicza wystąpiła z zastąpieniem i ustała po poronieniu.

III. Doc. Dr. Maixner: Zapalenie mięśni brodawkowych serca. Niekiedy zapaleniom wsierdzia ostrym i przewlekłym towarzyszą osobliwe podźwięki, przypominające ton cienkiéj struny metalowéj; ponieważ podobne podźwięki nie mogą powstać przy zapaleniu mięśnia sercowego lub zastawek, mimowoli nasuwa się rozpoznanie, że objaw ten przysłuchowy polega na zapaleniu mięśni brodawkowych. W znanych prelegentowi przypadkach badanie pośmiertne stwierdziło to rozpoznanie. Klinicznie wtenczas należy przypuścić zapalenie mięśni brodawkowych, kiedy ten właściwy podźwięk słyszy się nad lewą komórką podczas skurczu, w miejscu ograniczoném między 4 a 6 żebrem. Objaw opisany jest nader pouczającym, gdyż rzadko wydarza się tak szczęśliwy zbieg okoliczności, ażeby podźwięk rzeczony wystąpił wyraźnie. I zapaleniu przewlekłemu śródsierdzia towarzyszyć może wyżéj opisany objaw przysłuchowy.

IV. Doc. Dr. Drozda: O źródłach psychicznych czynności ludzkich (Wykład ten dla obszerności podamy osobno w przyszłym numerze).

V. Dr. J. Thomayer: Duszność i jéj znaczenie. Klinicyści nazywają dusznością ten stan cierpienia, w którym chory o wiele lżéj oddycha stojąc, aniżeli kiedy się położy; stan taki znany jest dobrze lekarzowi, i tradycyjonalną jego nazwę *„orthopnoë“* należy utrzymać. Duszność występuje tak w chorobach serca jak i płuc, lecz dokładne badanie poucza, że w duszności u cierpiących na płuca często zdarzają się powikłania z chorobami sercowemi. Nie należy tłumaczyć duszności przypuszczeniem, że położenie poziome obciąża czynność oddechową, ponieważ są przypady duszności, np. przy stłuszczeniu serca, w których płuca są zupełnie zdrowe; raczéj należy uczynić zapytanie, czy serce względnie do zmiany położenia ciała nie zmienia jednocześnie swego ułożenia. Znaną jest rzeczą, że serce w położeniu pionowém ciała rychléj uderza, aniżeli w poziomém, wskazuje to doświadczenie Mareya, że przy leżeniu parcie w naczyniach wzmaga się. Thomayer przedstawia porównawcze obliczenie pulsu przy zmianach położenia ciała, i sfigmograficznemi krzywiznami udowadnia słuszność powyższego twierdzenia Mareya, którém najłatwiéj i najprzystępniéj tłumaczy się duszność. Jeśli mięsień sercowy jest schorzały, rzecz prosta, że chory instynktem zajmuje to położenie, przy którém parcie ościenne w naczyniach jest najmniejsze, t. j. pionowe. W końcu prelegent przytacza kilka kazuistycznych przypadków choroby płuc, w których istniejąca duszność zależała od niedowładu mięśnia sercowego.

VI. Dr. K. Chodounský: O wpływie nerwów naczynioruchowych na pocenie. Na podstawie ośmiu ściśle spostrzeganych przypadków prelegent wnioskuje, że pocenie, powstające po peryjodycznych napadach gorączki u kobiet w latach zwrotu płciowego, należy odnieść do nerwicy naczynioruchowéj, i że początek, przebieg i zejście téj nerwicy nie da się zepchnąć do używanego do dziśdnia ogólnika potnicy *(Hyperidrosis)*. Następnie Dr. Chodounský wypowiada przekonanie, że objawy téj nerwicy naczynioruchowéj mogą mieć wpływ na zrozumienie dotychczas popłatnéj teoryi o czynnościach nerwów naczynioruchowych, czém w swéj pracy, z przytoczeniem literatury przedmiotu, prelegent obszernie się zajmuje.

VII. Dr. Jarosław Hlava: O aktynomykozie u zwierząt i człowieka. W kilku słowach mówi prelegent o historyi téj choroby, a następnie o jéj leczeniu u człowieka i bydlęcia; wywody swe popiera dwoma preparatami, które szczegółowo objaśnia; pierwszy z tych preparatów jest darem Dra Böhma i pochodzi z narośli podszczękowéj wołu, drugi zaś zrobiono w prażskim instytucie anatomopatologicznym z zwłok, których oględziny pośmiertne odbyły się w tym zakładzie. Pomocnik mlynarski, w 49 r. życia zachorował,

z objawami duszności wytworzył się u niego wysięk opłucnowy lewy i wielorakie pustuły; przypuszczano gruźlicę. Przy oględzinach pośmiertnych znaleziono przewlekłe ropne zapalenie osierdzia, które rozszerzyło się na opłucnę dolnego płatu lewego płuca; wysięk przez międzyżebrze wydobył się na zewnątrz. W ropie i pustułach znalazł Hlava cechujące grzybki, które preparatami demonstrował.

Dr. Maixner oświadczył przewodniczącemu w imieniu zgromadzenia podziękowanie za kierowanie rozprawami i wniósł, ażeby przewodniczącym przyszłego sekcyjnego posiedzenia obrano prof. Domańskiego z Krakowa, co zgromadzeni z oklaskami przyjęli. *Dr. A. Kwaśnicki.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 czerwca. Na ostatniém posiedzeniu, odbytém d. 23 bm., Wydział lekarski przystąpił do wyboru Dziekana na rok przyszły. Wybór atoli nie przyszedł do skutku pomimo kilkakrotnego głosowania, ponieważ głosy podzieliły się w równéj liczbie (po 6) na dwóch kandydatów. Według ustawy zatém Senat akademicki powołany [redacted] do mianowania Dziekana przez głosowanie nad obydwoma kandydatami na posiedzeniu dziś odbytém wybrał prof. Rydla.

* Prof. Rydel, jak od lat 3, tak i w roku bieżącym spędzi drugą połowę lipca oraz cały miesiąc sierpień w Krynicy. Donosimy o tém w interesie chorych, udających się do tego zdrojowiska, którym nastręczy się sposobność korzystania z rady i opieki specyjalisty.

* Wczoraj wieczór umarł Dr. Kazimierz Kralczyński, lekarz powiatowy w Krakowie i Członek naszego Tow. lekarskiego. Padł on ofiarą zawodu swego, zaraziwszy się podczas czynności urzędowéj, umarł w sile wieku, bo licząc zaledwie lat 40 i kilka. Przez lat kilkanaście pełnił obowiązki lekarza powiatowego w Łańcucie, a przed kilku laty przeniesiony został do Krakowa, miasta swego rodzinnego, gdzie począwszy od szkół ludowych kształcił się aż do uzyskania stopnia akademickiego w Uniw. Jagiell. Bolesna wiadomość o jego śmierci doszła nas już po ukończeniu numeru niniejszego; zanim obszerniejsze podamy szczegóły z jego żywota, ograniczyć musimy do tego krótkiego wspomnienia.

* W Cieplicach czeskich do d. 24 czerwca było gości 3950, w Luhaczowicach 339; w Krynicy 812.

* **Warszawa.** Towarzystwo lekarskie wybrało prof. Eiselta członkiem honorowym, a Drów Chodounskiego, Janovskiego i Maixnera członkami korespondentami.

* **Lwów.** Rektorem Uniwersytetu na rok przyszły wybrany został jednogłośnie prof. chemii Radziszewski.

* **Praga czeska.** W Nrze 26 Časopisu lek. česk. znajduje się obszerna ocena dzieła jubileuszowego „Wojciech Oczko,“ pióra Dra Karola Chodounskiego.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Wydział lekarski przedstawił Ryszarda Volkmanna jako następcę Langenbecka.— **Wrocław.** W półroczu letniém wykłada na Wydziale lek. 8 proff. zwyczajnych, 13 nadzwyczajnych i 16 docentów; liczba uczniów medycyny wynosi 346.—**Wiedeń.** Tygodniki wiedeńskie donoszą, że pomimo prawie jednogłośnéj uchwały Wydziału, przedstawiającéj Nothnagla jako następcę Ducheka, nominacyja nie nastąpi w tém półroczu i że zastępstwo trwać będzie i w ciągu półrocza zimowego. — D. 22 czerwca odbyła się w wielkiéj sali Akademii Umiej. uroczystość na cześć Billrotha z powodu nieprzyjęcia przezeń katedry berlińskiéj. W obecności wszystkich prawie profesorów i docentów studenci wręczyli ukochanemu profesorowi adres dziękczynny, opatrzony 2.000 podpisów, a wieczorem wyprawili mu korowód z pochodniami. — **Jena.** Asystent prof. Westphala w Berlinie, Dr. Binswanger, mianowany został dyrektorem kliniki psychijatrycznéj w Jenie.

* **Nekrologija.** W Tłumaczu umarł lekarz powiatowy, Dr. Konstanty Krzemiński, wychowaniec Uniwersytetu Jagiell. licząc lat 45. — W Kijowie umarł profesor położnictwa Matwiejew.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 25: Rubinsteina: Zboczenie porodowe, wywołane przez nadmierny wymiar barkowy płodu; Korczyńskiego: O zdrojach morszyńskich (c. d.); w *Medycynie* Nr. 24: Sokołowskiego: Parę słów o leczeniu miejscowém jam suchotniczych.

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. WIKTOR: O wartości szczepienia ospy. (Odbitka z „Gazety Lek. 1881) in 8vo str. 16.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Srodę d. 5 bm. posiedzenie zwyczajne w sali Akademii Umiejętności, na którém kol. Dr. Wolfram odczyta dalszą część już zapowiedzianéj pracy.

Dla prenumeratorów zamieszkałych po za obrębem Cesarstwa austryjackiego załącza się: Rymanów. Zakład zdrojowo-kąpielowy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie konkursu.

Niniejszém ogłasza się Konkurs na posadę lekarza miejskiego w Willamowicach Starostwo Biała.

Do téj posady przywiązaną jest prócz wolnego pomieszkania roczna płaca 350 złr. w. a.—Apteka w miejscu.

Kandydaci ubiegający się o tę posadę raczą podania wnieść do 31 Lipca 1882 do urzędu gminnego miejscowego.

Willamowice d. 13 Czerwca 1882.

Józef Gandor
Burmistrz.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 8 lipca 1882. № 27. Rok XXI.

I. Z prosektoryjum szpitala powszechnego we Lwowie.

Wrzód gruźliczy żołądka.

Napisał Dr. **Wilh. Pisek.**
(Według wykładu w Sekcyi lwowsk. Tow. lek. gal. w d. 18 marca 1882).

Przypadek, który mam zaszczyt szan. kolegom przedstawić, należy do rzadszych. Cieszę się, że tak jak niedawno przezemnie omówiony na tém miejscu przypadek *Endocarditis arteriae pulmonalis* i niniejszy wzbogacą kazuistykę anatomiczną tych cierpień, tak dotychczas szczupłą. Ta okoliczność nakazuje mi być jak najdokładniejszym w opisie i usprawiedliwia zatém podawanie szczegółów, które pozornie zdają się być zbyteczne. *Ne quid nimis.* Tylko sprawy chorobowe dokładniéj znane można w streszczeniu przedstawić. Jeżeli w końcu niniejszego opisu podam kilka uwag ogólnych tyczących się rozwoju, usadowienia itp. wrzodu gruźliczego żołądka, uwagi jakie nasuwa zestawienie przypadku niniejszego ze znanemi w literaturze, to zdaje mi się iż będę usprawiedliwiony w obec tego, że to co o wzmiankowaném cierpieniu wiemy, jest nader niedostateczném.

Zmiany gruźlicze w żołądku w przypadku niniejszym były prawie jedyne, które znalazłem w przewodzie pokarmowym, jak poucza podany tu w odpisie protokół oględzin pośmiertnych (z dnia 11 marca 1882 r.)

Zwłoki mężczyzny koło lat 30—35 liczyć mogącego znacznie wychudłego. Skóra blada miejscami okazująca łuszczenie się przyskórka na znaczniejszych przestrzeniach.

Plamy pośmiertne nieliczne. Tkanka tłuszczowa podskórna w wysokim stopniu zanikła, na odnogach dolnych ślad obrzęku surowiczego téjże.

Czaszka symetryczna, prawidłowa. Opona twarda gładka, blada połyskująca, miernie napięta. W zatokach nieco ciemnéj świeżo-skrzepłéj krwi. Wewnętrzna powierzchnia opony twardéj gładka o połysku perłowomacicznym. Opony miękkie cienkie, blade, przeświecają, w częściach tylnych nieco surowiczo nacieknie. W częściach przybrzeżnych obu półkul mózgowych nieznaczne białawe ziarnistości Pacchiona. Mózg symetryczny. Zwoje wydatne, rowki międzyzwojowe prawidłowe. Opony miękkie z łatwością wszędzie schodzą z powierzchni półkul. Na przekroju kora mózgowa blada, jednostajnéj prawidłowéj szerokości, wyraźnie odgraniczona od istoty rdzeniowéj, która jest bladą, spojności prawidłowéj. W komórkach treści nieprawidłowéj nie ma. Sploty naczyniowe blade. Główne zwoje na przekrojach prawidłowe. Podstawa mózgu nie wykazuje zboczeń chorobowych.

Na szyi gruczoly limfatyczne niepowiększone blade. Błona śluzowa krtani cienka, blada, jak niemniéj tchawica po rozdział, nie okazują zmian.

Płuco prawe poprzyrastane na znacznéj przestrzeni do ścian klatki piersiowéj za pomocą grubych twardych pasem włóknistych. Opłucna płatu dolnego znacznie zgrubiała biaława, na większéj przestrzeni chrząstkowatéj twardości. Na przekroju miąższ w częściach górnych przedstawia nieliczne ogniska do 3 cm. średnicy mające, nieregularne, bezpowietrzne, szarawe lub szarożółtawe, miękkie, miejscami posiane guzkami serowatemi w części rozmiękającemi. Drobniejsze te ogniska tworzą gdzieniegdzie jamki do 1 cm. średnicy mające, wypełnione w części miazgą żółtawą suchą. Tu i owdzie, jak w płacie środkowym, ogniska serowate dochodzą znaczniejszych rozmiarów, bo dosięgają wielkości orzecha włoskiego. Wszędzie jednak wśród ognisk bezpowietrznych, prawie w związku nieprzerwanym ze sobą zostających, znachodzą się znaczne części miąższu nieco przekrwionego, surowiczo obrzękłego, który zawiera powietrze. Wśród tego miąższu, przeważnie w bezpośredniém sąsiedztwie ognisk bezpowietrznych, widoczne są gdzieniegdzie drobne białawe guzki wielkości główki małéj szpilki lub mniejsze, wpółprzeświecające, rozsiane również i po płacie

dolnym. Płat ten w przeważnéj swéj części jest zbity, mięsisty, łykowaty, na przekroju ciemnoczerwony częścią szarawy, bezpowietrzny. Lewe płuco tylko gdzieniegdzie poprzyrastane do ścian klatki piersiowéj za pomocą pasem włóknistych białawych, okazuje zresztą opłucnę prawidłową. Na brzegach nadmiernie powietrzem poduszkowato wzdęte, blade, na przekroju w całości surowiczo obrzękłe, wszędzie zawiera powietrze. Gruczoły oskrzelowe po obu stronach niepowiększone, na przekroju gładkie, czarne, zbitsze, częścią szarawe, miększe.

Jama osierdziowa i osierdzie nie przedstawiają zmian chorobowych. Serce prawidłowo ułożone nieco w poprzek powiększone zawiera w komórkach i przedsionkach znaczną ilość świeżych ciemno-czerwonych skrzepów krwi. Śródsierdzie i zastawki prawidłowe. Ściany komórki prawéj rozszerzonéj nie przechodzą czterech milimetrów. Ciężar serca (odciętego tuż po nad zastawkami półksiężycowatemi) równy 280 gm. Mięsień sercowy badany i w głębszych warstwach jest brunatnawo-żółtawy, wiotki, kruchy. Drobnowidowo przedstawia się w znacznéj części stłuszczony.

Przewód piersiowy odpreparowany i wyjęty po otwarciu nie wykazuje gruzełków.

Przepona, prócz zmian na swéj powierzchni dolnéj a do otrzewny się odnoszących, nie wykazuje zmian.

W jamie otrzewnowéj nieznaczna ilość płynu żółtawego nieco mętnego. Pętle jelit tu i owdzie pozrastane są z sobą krótkiemi pasmami włóknistemi, a otrzewna, tak jelitowa jak niemniéj ścienna, obficie pokryta strzępami świeżego skrzepłego włóknika, ćma, bez połysku. Nadto widać, że tak żołądek jak jelita zasiane są na swéj powierzchni nader licznemi guzkami, gdzieniegdzie w grupach się sadowiących. Guzki wzmiankowane w przeważnéj części są dwojakie. Jedne są białawe, drobne, współprzeświecające wielkości ziarenek maku lub prosa, inne zaś więcéj szarożółte dochodzą wielkości grochu i złożone są z masy suchéj żółtawéj przeważnie serowatéj jednostajnéj, miękkiéj lub rozmiękającéj na przekroju.

Gruczoły krezkowe i zaotrzewnowe znacznie powiększone, blade. Na przekroju widać, że w przeważnéj części są one serowato przeistoczone, a miejscami i rozmiękające. Niektóre tylko z gruczołów okazują na przekroju, wśród miąższu szarawego miękkiego, drobne, żółtawe ogniska, gdzieniegdzie wyraźnie serowate.

Żołądek miernie rozszerzony. Na jego powierzchni przedniéj widać otrzewnę zasianą licznemi grudkami serowatemi różnéj wielkości, z których największe nie przechodzą wielkości grochu. Tylko tu i owdzie w sąsiedztwie tych grudek otrzewna żołądka jest nieco drzewkowato nastrzyknięta, zresztą jest ona bladą, połyskującą, gdzieniegdzie pokrytą cienkim nalotem wypocinowym. W okolicy odźwiernika otrzewna sinawa, na powierzchni tylnéj odźwiernika dość znacznie drzewkowato nastrzykana i zasiana gęsto drobnemi współprzeświecającemi guzkami wielkości ziarna prosa. Okolica ta poprzyczepiana pasmami włóknistemi krótkiemi do swego otoczenia, szczególniéj do wątroby. I wśród tego utkania, zrosty stanowiącego, dają się rozróżnić obok serowatych większych grudek owe mniejsze drobniutkie współprzeświecające guzki. Tuż za tylną ścianą pierwszego poziomego odcinka dwunastnicy leży kilka gruczołów w całości prawie serowato przeistoczonych. Gruczoły te silnie do ściany dwunastnicy przylegające, w otoczeniu których otrzewna dwunastnicy również zasiana licznemi, drobnemi współprzeświecającemi guziczkami, stanowią ciąg dalszy całego pęku gruczołów w pobliżu wnęki wątroby położonych a serowato przeistoczonych. Treść żołądka stanowi papkowata miazga (pokarmowa). Błona śluzowa żołądka i przełyku blada, na dnie żołądka szarawa, powleczona mierną ilością szarawego śluzu. Tuż obok odźwiernika okazuje błona śluzowa na ścianie tylnéj żołądka ubytek mniéj więcéj okrągławy, owalny, do 3 cm. długi a $2\frac{1}{2}$ szeroki, usadowiony tuż przed fałdem odgraniczającym żołądek od dwunastnicy. Ubytek ten ułożony jest swym wymiarem dłuższym prostopadle do poprzecznéj (pozioméj) osi żołądka, a zatém tak, jak to się dzieje w pierścieniowatych wrzodach gruźliczych jelita. Brzegi wrzodu nader nierówne, strzępiaste, cienkie, podminowane na 2—5 milim., gdzieniegdzie tylko nieco zgrubiałe. Zabarwienie ich szarawe tu i owdzie sinawe, przechodzi miejscami w brudnoszare obumarłéj tkance odpowiadające. Miejscami na brzegu widać ograniczony naciek w kształcie guzka żółtawego z masy suchéj, rozmiękającéj złożonego, wielkości główki od szpilki, tkwiący dość silnie w strzępkach przybrzeżnych wrzodu. Dotyczy to szczególniéj lewego odcinka obwodu owrzodzenia. Po oczyszczeniu brzegów i dna pokrytego gęstą, brudną, żółtawą wypociną widać, że ubytek sięga aż do warstwy mięsnéj, nierównéj, strzępiastéj. Przez rozrzedzone, w części zniszczone pęczki mięsne przegląda gdzieniegdzie sama otrzewna. Bezpośrednie otoczenie wrzodu nie przedstawia zmian chorobowych, tak pod względem zachowania się powierzchni jak i poszczególnych warstw ściany żołądkowéj.

Dwunastnica okazuje w swym górnym poziomym odcinku na błonie śluzowéj szarawéj nieco rozpulchnionéj dwa tuż obok siebie położone ubytki. Pierwszy tuż za odźwiernikiem położony na tylnéj ścianie dwunastnicy jest kształtu nieregularnego a średnica jego wynosi około czterech milimetrów. Brzegi nierówne, szarawe lub sinawe, nieco strzępiaste na znacznéj przestrzeni podminowane (gdzieniegdzie do czterech milimetr.) wejrzeniem swém sitko przypominające, gdyż okazają dość liczne okrągłe otworki prowadzące od powierzchni ku podminowanéj tkance podśluzowéj. Dno owrzodzenia tego nierówne sięga do warstw mięsnych, znacznie zniszczonych, strzępiastych tak, iż tu i owdzie wyłącznie tylko otrzewna stanowi dno ubytku, pokryta przytém nieznaczną ilością brudnéj gęstawéj wypociny. Drugi ubytek, mniejszy nieco od poprzedniego, znachodzi się nieco daléj (od odźwiernika) na zewnątrz od tegoż. Wrzód ten drąży również aż po samą otrzewnę, a dno okazuje te same cechy, co w ubytku pierwszym. Brzegi cieńsze, jednakowo strzępiaste, nie okazują owych otworków o jakich powyżéj wspomniano, a podminowanie ogranicza się do 1 lub gdzieniegdzie dwóch milimetrów. Pozostałe części błony śluzowéj szarawe nieco rozpulchnione nie okazują zresztą żadnych zmian. Ujście przewodów żółciowych i trzustkowego prawidłowe, drożne. (Dok. nast.)

II. Proszek jodoformu z węglem, jako środek do leczenia wrzodów.

Podał Dr. H. Schramm
obecnie lekarz wojskowy w Spalato (w Dalmacyi).

Wśród licznego zastępu leków, które się pojawiły w ciągu

lat ostatnich, żaden nie znalazł tak obszernego zastósowania jak jodoform. Wszedł on w użycie we wszystkich gałęziach medycyny, a literatura o tym nowym leku obejmuje już całe tomy. Rozległe to zastósowanie dało sposobność do zbadania jodoformu w wszystkich kierunkach, poznano tak dodatnie jak i ujemne strony jego, a lubo w skutek tego ochłonął cokolwiek zapał, z jakim powitano lek ten, zwłaszcza w chirurgii, to jednak nie ulega najmniejszéj wątpliwości, że jodoform zyskał na zawsze prawo obywatelstwa w poczcie leków i zostanie na zawsze cennym dla lekarzy nabytkiem.

Nie zamierzam jednak obecnie poddawać krytyce wszystkich ujemnych i dodatnich strony jodoformu, celem moim w téj chwili jest podać kolegom wynik moich doświadczeń co do użycia jodoformu odwonionego za pomocą proszku węgla drewnianego, według sposobu podanego przez Anthofera (*Allgem. Wien. med. Zeit. 1882,* Nr. 13—16).

Jedną z ujemnych stron jodoformu jest jego silna i długo trwająca woń, która użycie tego leku w praktyce prywatnéj utrudnia, a w niektórych przypadkach czyni je zupełnie niemożebném. Dla tego też czyniono wiele prób w celu usunięcia téj woni dla wielu nieznośnéj, używając w tym celu najczęściéj olejków balsamicznych, jak tonki, bumeryny itp. Wszystkie te środki mają jednak tę wielką wadę, że same mają woń silną, a powtóre po kilku dniach ulatniają się, a woń jodoformu występuje na nowo. Otóż Anthofer porzuca olejki balsamiczne a natomiast poleca do odwonienia jodoformu proszek węgla drewnianego według następującego przepisu:

Rp. Jodoformii subtillissime pulverisati 1·25—2·50
Carbonis vegetabilis subtill. pulveris. 10·00
Calcariae sulfuricae 5·0
Misce exactissime

jako proszek do posypywania ran. Do użycia wewnętrznego poleca Anthofer następujące pigułki:

Rp. Jodof. subtilliss. pulv. 1·50
Carbon. vegetab. pulv. 3·00
Misce dein adde
Pulv. et extr. quassiae
āā q. s. ut f. pilulae XX.

lub jako proszek z opuszczeniem wyciągu kwasiowego.

Mięszanina ta jodoformu z proszkiem węgla wydawała mi się bardzo stosowną do użycia leczniczego, tém bardziéj, gdy przekonałem się, że dodany proszek węgla znosi woń jodoformu prawie zupełnie i stale. Powtóre za lekiem tym przemawiała jego taniość, gdyż według przepisu Anthofera 2 gramy jodoformu wystarczają do kilkokrotnego opatrywania wrzodu nawet rozległego. Używam tu umyślnie wyrazu wrzodu, gdyż sam Anthofer przyznaje, że proszek jego nie nadaje się do opatrywania większych ran świeżych.

Sposobności do doświadczenia mi nie brakło. Będąc bowiem obecnie lekarzem ordynującym w chirurgicznym oddziale tutejszego szpitala wojskowego mam dość do czynienia z wrzodami różnego gatunku. Nadto nadarzyła mi się bardzo dobra sposobność do przekonania się o działaniu proszku Anthofera w porównaniu z innemi środkami leczniczemi. W pierwszych dniach maja mianowicie dostałem na mój oddział trzech żołnierzy poranionych od piorunu. U jednego z nich znalazłem na szczycie głowy wrzód wielkości czworaka, pokryty szczątkami nekrotycznych tkanin, w środku wrzodu natrafia zgłębnik na blaszkę obumarłéj kości. Na kolanie prawém i łydce téj saméj strony 3 wrzody wielkości i kształtu talara, sięgające aż do tkanki podskórnéj. Pięć wrzodów o tych samych cechach znajduje się na lewym pośladku i na lewém kolanie i jeden na lewéj łydce. U dwóch innych chorych znajdują się podobne tylko nieco mniéj rozległe owrzodzenia.

Miałem więc przed sobą prawie 20 wrzodów powstałych z téj saméj przyczyny, tego samego kształtu i wielkości i, co również ma swoje znaczenie, po kilka na jednéj osobie. Była to wcale dogodna sposobność do doświadczenia porównawczego działania kilku środków leczniczych. Pewną zatém część wspomnianych owrzodzeń leczyłem mięszaniną jodoformu z węglem, drugą czystym sproszkowanym jodoformem, resztę pokrywałem maścią z azotanu srebra 1:100 a pod koniec gojenia się maścią z tlenku zynku 10:100 tłuszczu. Dodać jeszcze muszę, że starałem się wybierać do leczenia temi różnemi środkami wrzody jak najbardziéj do siebie podobne tak co do wielkości jak i głębokości.

Wyniki tego doświadczenia są następujące: Najlepiéj i najprędzéj zagoiły się wrzody pod maścią. Pod proszkiem jodoformu wrzody pokryły się wkrótce zdrową ziarniną, lecz zabliźnienie ich postępowało powoli, stwierdzając znane już doświadczenie, że jodoform nie nadaje się do leczenia ran płaskich i zdrowo brodawkujących. Zachowanie się wrzodów pod proszkiem jodoformu z węglem było następujące: We wszystkich bez wyjątku razach proszek posypany na wrzód w warstwie 1—2 mm. grubéj tworzył twardą skorupę, pod którą znajdowałem zawsze surowiczo ropiastą, od węgla brudno zabarwioną wydzielinę. Oczyszczanie rany znacznie utrudnione zabiera wiele czasu, przytém nakładając proszek na ranę za pomocą łopatki, jak tu poleca Anthofer, trudno uniknąć, mimo największéj ostrożności, aby pewna część proszku nie dostała się na sąsiednią część skóry, tak że otoczenie rany zawsze brudne i cały opatrunek wygląda wcale nie pięknie.

Przekonałem się też stanowczo, że gojenie się wrzodów pod wspomnianym proszkiem jest powolniejsze niż pod maścią z azotanu srebra, lub maścią zynkową; drobno sproszkowany węgiel wrasta w ziarninę tak, że blizny po trzech wrzodach leczonych tymże proszkiem są czarno kropkowane, jakby tatuowane. Wyniki te wcale mnie nie zachęciły do dalszych doświadczeń z tymże proszkiem, być może, że mięszanina jodoformu z węglem znajdzie obszerniejsze zastosowanie jako lek wewnętrzny, lecz do użycia zewnętrznego, zdaje mi się, nie jest wcale stosowną.

III. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków
podał prof. Dr. **Blumenstok.**

X. Wątpliwe dzieciobójstwo.

W Nrze 40 *Medycyny* z r. 1877 opisałem przypadek śmierci noworodka w niskiéj ciepłocie, w którym Maryjanna P., dziewczyna wiejska l. 24 licząca, porodziwszy d. 7 lutego 1876 po raz pierwszy dziecko żywe, takowe pozostawiła na gnoju bez pokrycia, gdzie po upływie pół godziny znalezione zostało bez życia. W skutek orzeczenia naszego, że przyczyną śmierci noworodka było zmarznięcie, Maryjanna P. przy rozprawie odbytéj przed trybunałem przysięgłych w d. 20 lipca 1876 r. uznana została winną i skazana na 3 lata ciężkiego więzienia.

W 9 miesięcy zaledwie po odpokutowaniu téj dotkli-

wéj kary Maryjanna P. po raz wtóry zaszła w ciążę nieślubną i d. 21 stycznia 1881 r. odbyła poród potajemnie. Straż bezpieczeństwa w tydzień późniéj dopiero otrzymała wiadomość o tym porodzie, a gdy Maryjanna P. do takowego przyznać się nie chciała, poleciła zbadać ją przez kobiety wiejskie, a dopiero gdy ostatnie oświadczyły się za odbytym porodem, M. P. przyznała, że poroniła będąc w 4tym miesiącu ciąży i że płód ukryła pod podłogą w szopie. Uwięziona i przesłuchana przez Sędziego d. 29 stycznia podała M. P., że w nocy z 21 na 22 stycznia dostała silnego rozwolnienia, a wyszedłszy na dwór, czuła, że dziecko z niéj wyleciało, a osłabiona nie mogąc utrzymać się na nogach, upadła na ziemię; gdy po chwili przyszła do siebie, wstała i powróciła do chałupy, dopiero po jakimś czasie wyszła znów na dwór, zabrała dziecko nieżywe, obwinęła je w szmaty i schowała w szopie pod podłogą. Już na 2 tygodnie przed porodem nie czuła ruchów dziecięcia, któ re też urodziło się nieżywém; tylko ze wstydu zataiła po ród i późniéj do niego przyznać się nie chciała.

Tegoż dnia M. P. zbadaną została na zlecenie Sądu przez lekarzy sądowych Dra X. i chirurga J., którzy orzekli, że badana rodziła po raz ostatni przed 8—12 dniami.

Siostra Maryjanny P. zeznała, że ostatnia przez lato i jesień 1880 r. służyła we wsi sąsiedniéj, że d. 2 stycznia 1881 powróciła do domu, nie wspominając nic o ciąży i podając że wraca, ponieważ ciężkiéj pracy podołać nie może. W nocy z 21 na 22 stycznia Maryjanna podczas silnego mrozu często wychodziła, niby dla bólu, bawiła jednak każdym razem krótko, a tylko raz jeden dłużéj. Następnego dnia zauważano, że M. P. zeszczuplała, mimo to zabierała się do pracy zwykłéj.

Sekcyja zwłok dziecięcia miała się odbyć 29 stycznia; ponieważ ciało okazało się zmarzniętém, umieszczono je w ciepłéj izbie; było ono obwinięte w 2 szmaty płócienne, główka była lekko w prawo zwrócona, pokryta warstwą ziemi na $^1/_2$ cm. grubą, kadłub zaś powalany był krwią przymarzniętą oraz tu i owdzie pokryty źdźbłami słomy. D. 31 stycznia po należytém odtajeniu uskuteczniono sekcyję.

Oględziny zewnętrzne: 1) Zwłoki dziecka płci męzkiéj, 2700 gramów ważące; długość ciała wynosi 48 cm., szerokość barków 11 cm., bioder 8·5, obwód głowy 32, wymiar poprzeczny przedni 7·2, tylny 9, prosty 11, skośny 12, szczątki pępowiny na kilka milim. długie o nierównéj powierzchni przekroju. 2) Włosy jasne, 2—3 cm. długie. 3) Powłoka serzasta w pachwinach w dosyć znacznéj ilości. 4) Powłoki ogólne pokryte dużemi plamami różowemi, nieregularnemi. 5) Małżowiny uszne dobrze rozwinięte. 6) Rogówki mętne. 7) Język nieobrzękły. 8) W jamach usznych i ustnéj nie napotyka się żadnéj nieprawidłowości ani ciała obcego. 9) Paznogcie sięgają do końca palców. 10) Oba jądra w worku mosznowym, którego tkanka łączna podskórna po nacięciu okazuje się surowiczo naciekłą.

Oględziny wewnętrzne. 11) Kości czaszkowe cienkie, niepołączone szwami; okostna krwią nastrzykana, tak samo 12) opona twarda. 13) Mózg rozłażący się, papkowaty, przedstawia na przekroju dużo punktów czerwonych. 14) Błona śluzowa krtani i tchawicy blada. 15) Płuca oba wolne, względnie dość ciężkie, nie wypełniają klatki piersiowéj, a lewe nie pokrywa serca; nie pływają one w całości, ani w małych kawałkach we wodzie; na powierzchni ciemno zabarwione, znacznie krwawiące, w całości zbite. 16) Grasica jasno-czerwono zabarwiona, na przekroju tak samo wygląda jak płuca. 17) Serce odpowiedniéj wielkości, mięsień prawidłowo zabarwiony; w ścianach naczyń większych i ich zastawkach niema żadnéj nieprawidłowości; w komórkach krew ciemna skrzepła; naczynia wieńcowe mocno krwią wypełnione. 18) Otrzewna nastrzykana. 19) Wątroba duża o torebce gładkiéj, napiętéj, wydziela na przekroju znaczną ilość krwi ciemnoczerwonéj, miąższ ciemnobrunatny. 20) Śledziona odpowiedniéj wielkości, torebka gładka, napięta, miąższ na przekroju bardzo ciemno czerwony, wydziela znaczną ilość krwi ciemno-czerwonéj. 21) Nerki obie odpowiedniéj wielkości nie przedstawiają nic nieprawidłowego. 22) W pęcherzu moczowym bryłka lodu, błona śluzowa jego blada. 23) Żołądek zawiera bardzo małą ilość zmarzniętego śluzu bezbarwnego. 23) Jelita cienkie na powierzchni zewnętrznéj nastrzykane nie zawierają gazu. 25) Jelita grube wypełnione smółką ciemno-oliwkową w znacznéj ilości.

Orzeczenie I. Noworodek Maryjanny P. jest donoszony, za czém przemawiają tak ciężar ciała, jak jego długość i inne wymiary (1) a nadto długość włosów (2), dokładny rozwój małżowin usznych (5), paznogcie rogowate sięgające aż do końców palców (9) oraz jądra w mosznach ułożone (10).

II. Płuca nie wypełniające w całości klatki piersiowéj, na powierzchni nie marmurkowane, na przekroju zaś nie trzeszczące, i tonące we wodzie tak całe jak niemniéj i w kawałkach, nie oddychały powietrzem atmosferycznem (15).

III. Prócz znacznego przekrwienia mózgu, które samo przez się wystarcza do wytłumaczenia śmierci noworodka Maryjanny P., nie wykazuje sekcyja zwłok żadnych zmian patologicznych, któreby przemawiały za czynném wywołaniem śmierci mniemanego noworodka przez tegoż matkę, — gdy w tym razie przekrwienie płuc (15), otrzewny (18), wątroby (19) i śledziony (20) jako sprawione działaniem mrozu na noworodka bezpośrednio po urodzeniu tegoż uważamy, co też różowe plamy pośmiertne (4) potwierdzają.

Orzekamy tedy: Noworodek Maryjanny P. był donoszony, ale nie oddychał po urodzeniu. Sekcyja nie wykazała prócz przekrwienia mózgu innéj przyczyny śmierci.

Z powodu niejasności orzeczenia Prokuratoryja rządowa wniosła, aby akta śledztwa przedłożono dwom innym znawcom i na nich zażądano odpowiedzi na następujące pytanie:

a) czy dziecko Maryjanny P. urodziło się żywe i czy było do życia zdolném,

b) co było przyczyną śmierci, a względnie co wywołało owe przekrwienie mózgu, skonstatowane przez obducentów,

c) czy przekrwienie płuc, otrzewny, wątroby i śledziony pozostały bez wpływu na utratę życia, i co było powodem tych objawów,

d) czy okoliczność, że noworodek po urodzeniu nie oddychał, wyklucza możebność, iż tenże żywo się urodzi i czy bezzwłocznie po urodzeniu do miejsca ciepłego przeniesiony, mimo odbytego na mrozie porodu, mógł był przy życiu być utrzymanym, — a na koniec

e) w tym razie, jeżeli rodząca nie wywołała czynnie śmierci noworodka, czy nie stała się przyczyną téjże przez zaniechanie udzielania mu przy porodzie potrzebnéj pomocy, czy i o ile wiarogodném jest tłumaczenie się obwinionéj, oraz czy nie zachodzi podejrzenie, iżby obwiniona umyślnie wywołała poród taki, iż dziecko urodziło się nie żywem (§. 144 uk.).

Sąd kolegijalny przychyliwszy się do tego wniosku, poruczył tę czynność sprawozdawcy i fizykowi Drowi Buszkowi. Po przejrzeniu aktów wydaliśmy następujące orzeczenie: (Dok. nast.).

IV. Oceny i sprawozdania.

T. Billroth: **O pielęgnowaniu chorych w domu i w szpitalu.** Przekład z 2go wydania niemieckiego. Warszawa. Nakładem „Kroniki Lekarskiéj“ 1882, mała 8a XII i 281.

Wielką przysługę oddała redakcyja „Kroniki Lekarskiéj“ społeczeństwu polskiemu, a mianowicie połowie jego nadobniejszéj, wydając powyżéj wymienione dziełko znakomitego profesora Uniwersytetu wiedeńskiego, który nie tylko że umiał poruszyć różne warstwy towarzyskie do wzięcia udziału w stowarzyszeniu opiekującém się wykształceniem fachowém dozorczyń dla chorych, lecz poparł je najskuteczniéj wydając niniejsze dziełko, które, jakkolwiek w wielkiéj ilości egzemplarzy wydane, wkrótce doczekało się drugiego niezmienionego wydania.

Jest to rzeczą udowodnioną, że łatwiéj jest napisać obszerne ściśle fachowe dzieło w jakiejkolwiek gałęzi umiejętności, niż podać to samo w krótkim, popularnym, a więc dla szerszéj publiczności zrozumiałym wyciągu.

Billroth miał podwójne trudności do zwalczenia, raz że pisał dla niefachowych, a powtóre i co ważniejsze, że pisał dla kobiet. Mimo to wywiązał się ze swego zadania po mistrzowsku; uniknął uczonych rozpraw a jednak dotknął wszystkiego, o czém dozorczyni chorych wiedzieć powinna; szkicuje lekko a jednak nader dobitnie sylwetkę idealnéj dozorczyni i przywodzi przed oczy czytelnika obrazki z życia chorych i między chorymi tak misternie skreślone, że nie wydam się przesadnym, jeżeli powiem, iż lektura książeczki téj nie tylko pożyteczną jest dla osób mających zamiar lub już się opiekujących chorymi, lecz w ogólności dla wszystkich i z pewnością przyjemniejszą się okaże, niż czytanie tworów umysłowych dzisiejszych realistycznych powieściopisarzy francuzkich, pełnych bezwstydu a pustych treścią.

Tłumaczenie wypadło pod każdym względem zadowalająco. Pochwalić należy używanie w polskiém nazw chorób łacińskich a ogólnie przez publiczność używanych i znanych, gdyż zbyt purystyczne nazwy mogłyby się stać niezrozumiałemi.

A więc piękna forma, dobra treść, szlachetny cel i bardzo przystępna cena powinny być dla lekarzy pobudką do przekonania się o tém, a następnie do jak największego rozszerzania téj książeczki między publicznością. Wszak takie rzeczy ułatwiają pracę lekarza i zdobywają mu zaufanie tępiąc do reszty od dawna zagnieżdżone zabobony i szerząc prawdziwie zbawienne światło. *A. O.*

Aktynomykoza człowieka. Nowa choroba zakaźna. (Sprawozdanie z dzieła Ponficka p. t. *Die Actinomycose des Menschen.* (Berlin, 1882). Podał J. Schaitter.

(Dokończenie. Patrz Nr. 26).

Oceniając aktynomykozę ze stanowiska ogólnéj patologii, wypada się zastanowić na podstawie spostrzeganych przypadków, do jakiéj grupy znanych spraw chorobowych należy ją zaliczyć? Zmiany szczególnie wybitne i charakterystyczne widzimy w trzecim przypadku. Każdy przyzna, że nie mamy wcale przed sobą produktów, powstałych na tle przewłocznego zapalenia, lecz rzeczywistą sprawę nowotworową i za tém przemawia nie tylko wejrzenie, zbitość tych guzów, lecz ich zachowanie się względem tkanin przyległych. Gdy z jednéj strony znajdujemy ogniska, powstałe z rozmiękczenia na tle nekrozy koagulacyjnéj, skutkiem niedostatecznego rozwoju naczyń, napotykamy w obwodzie zgęszczenie i bliznowate stwardnienie tkaniny; dwa typy tkaniny, raz wiotką, galaretową, młodą, raz modzelowatą, dawniejszą. Gdy pierwsza przeważa, nabiera całość cechy nowotworu soczystego, ziarninowego, wzrastającego powolnie, który zmienia swe wejrzenie, uległszy po pewnym czasie rozpadowi środkowemu, zamienia się na „ropień aktynomykotyczny.“ Typ drugi przedstawia miejscowe gojenie się sprawy: „blizny aktynomykotyczne,“ wśród których jedynie pasemka i ogniska żółtawe są piętnem ich pochodzenia. Czy ostatecznym rezultatem jest rozpad lub zbliznowacenie, szerzy się sprawa w obwodzie z jednaką żywotnością i przedstawia jednę z cech nowotworów złośliwych; wzrost samodzielny i krzewienie się bez względu na zajmowaną tkankę. Najsnadniéj więc wypadnie zaliczyć aktynomykozę do spraw nowotworowych, a ze względu na rozwój i przemiany do nowotworów „granulacyjnych“ w myśl Virchowa. Na podstawie etyjologii radzi Klebs *(Prager Vierteljahrschrift* tom 126) nazwać je nowotworami infekcyjnemi, co i w téj aktynomykozie znajduje poparcie, jéj istotę bowiem stanowi grzybek promienisty, jak prątki Neissera istotę trądu, a lasecznik Kocha prawdopodobnie istotę gruźlicy.

Ani cechy morfologiczne, ani historyja rozwoju grzybka promienistego, nie dają nam dotąd dostatecznéj podstawy do wydania sądu o systematyczném stanowisku tegoż wśród pasorzytów. Ta okoliczność byłaby ważną ze względu na etyjologiję aktynomykozy; nie mogąc na niéj oprzeć swoich badań, tém pilniéj uwzględnimy każdy, chociażby pozornie drobny, szczegół, któryby był w stanie dać wskazówkę co do zapobiegania temu schorzeniu. Już z wyników szczepienia przekonaliśmy się, że zwierzęta mięsożerne okazują wielką odporność względem tego pasorzyta; zgodnie z tém spostrzeżono aktynomykozę dotąd tylko u wołu, wieprza (3 razy) i u człowieka, co pozwala wnosić, że pokarmy roślinne są nośnikami grzybka. Jama ust, ów pierwszy etap pokarmów wprowadzanych, bywa często punktem wyjścia zmian chorobowych, tu zarodki różnych pasorzytów znajdują się w najkorzystniejszych warunkach rozwoju i krzewienia się, że wspomnimy tylko o pleśniawkach i włoskowcach licowych. Nie dosyć na tém, nie wystarcza samo bujanie i rozwój pasorzyta, aktynomykoza byłaby w takim razie nierównie częstszą, przeciw temu przypuszczeniu przemawiają wyniki doświadczeń z żywieniem tworami pasorzytniczemi, potrzeba jeszcze, aby łączność tkanin była naruszoną i pasorzyt mógł się swobodnie dostać do głębi tkanin. Uraz zadany ostrą cząstką pokarmów, ranka po wyjęciu zęba itp. bywają dla niego wrotami, poza któremi wywołuje właściwe sobie zmiany. Do tego działu zaliczyć wypada „lekkie“ przypadki ogłoszone przez Israëla, Rosenbacha i Partscha.

Opisany sposób zakażenia nie obejmuje wcale przypadków, w których w jamie ust nie znaleziono najmniejszych zmian, a mianowicie zęby i migdały były zupełnie zdrowe. Tu przypuszcza Ponfick (*Berliner klin. Wochenschrift. 1880, S. 661. Breslauer ärztl. Zeitschrift S. 141*) świeże zakażenie ranki zadanéj może cząstkami pokarmów, będącemi nośnikami przyrzutu, wykluczyć tu jednak żadną miarą nie można dokładnego wygojenia się pierwotnéj zmiany, nim przyszło do uogólnienia się aktynomykozy. I na tém nie koniec;

wspomniany bowiem przypadek u człowieka, gdzie sprawa rozpoczęła się po skaleczeniu wielkiego palca u ręki, zmusza do przypuszczenia zakażenia rany na palcu i do wypowiedzenia ogólnego zdania że: każde miejsce powłok ogólnych lub błon śluzowych, może być pierwotném miejscem zakażenia, jeżeli tylko z przerwaniem łączności tkaniny łączy się wprowadzenie właściwego przyrzutu.

Aktynomykozą dotkniętych było dotąd (na 16 przypadków) 9ciu mężczyzn a kobiet 7, wśród 8 zmarłych było 4 mężczyzn i 4 kobiety. W jednym tylko przypadku przyznawała chora, że przed kilku laty chodziła koło bydła, u którego weterynarz rozpoznał tylczak.

Rozpoznanie aktynomykozy człowieka nie jest wcale trudne, jeżeli tylko zważymy na 3 właściwości téj choroby. Pierwszą bywa umiejscowienie pierwotnego ogniska, mianowicie na twarzy i na szyi, gdzie zaś sprawa daléj się posunęła, zajętą bywa ze szczególniejszém upodobaniem tkanka około stosu kręgowego. W miarę czy wyżéj lub niżéj sięga jéj siedlisko, występują objawy ropienia w tkance około-opłucnowéj lub obraz przedstawia się podobnie jak skutki próchnienia kręgów i zapalenia mięśnia lędźwioudowego; ropnie ściekają daleko od ogniska chorobowego. Pewniejszą cechą rozpoznawczą jest wejrzenie przetok i ziarniny. Przez nieregularne otwory, otoczone sinawemi strzępami skóry, dostajemy się do bardzo rozgałęzionych przetok o ścianach wysłanych wiotką, gębczastą, żółtawo-centkowaną ziarniną z wyraźnemi śladami częstych wybroczyn. Jeżeli cechy przytoczone wzbudzają tylko podejrzenie, to rozpoznanie staje się pewném, gdy zbadamy ropę, a raczéj surowiczą wydzielinę z ran i przetok. Gołém okiem widać w niéj tylekroć wspomniane żółte, tłustawe ziarna, wielkości maku lub ziarenek z figi, mikroskop sprawdza, że są splotami grzybka promienistego. Przerzuty w narządach wewnętrznych są najpodobniejsze do kilaków, chociaż zdaje się nie ulegać wątpliwości, że nie jeden przypadek z temi zmianami rozpoznawano jako zmianę nowotworową, mianowicie mięsakową lub mieszczono w obszernym zakresie zołzów, jak się to działo rzeczywiście ze zmianami aktynomykotycznemi u bydła przed odkryciem Bollingera. Cały obraz choroby podobnym bywa do ropnicy lub może kiły z ciężkim przebiegiem.

Wyleczenie w połowie znanych przypadków uprawnia do twierdzenia: że choroba jest w ogóle uleczną; jednak ze względu na rokowanie wypada ściśle odróżnić dwie postacie kliniczne. Gdy sprawa buja w miejscu ograniczoném, w tkance łącznéj podskórnéj, chociażby obrzęki dochodziły znaczniejszych rozmiarów, cierpienie jest czysto miejscowém i daje się łatwo usunąć. Jeżeli krzewi się licznemi wypustkami głębiéj, to i tu czasem miejscowy zabieg operacyjny uwieńczony będzie pomyślnym skutkiem. Gdy jednak sprawa opanowała układ kostny lub podminowała głębsze warstwy na szyi, co więcéj zajęła trzewa brzuszne lub narządy klatki piersiowéj, choroba z gnuśnym przebiegiem urąga wszelkim zabiegom leczniczym, pozostawiając tę smutną pociechę, że chory przemęczy się jeszcze niejeden miesiąc, nim go śmierć uwolni od cierpień. W téj postaci choroba jest bezwzględnie nieuleczną.

Mówiąc o leczeniu aktynomykozy, możemy myśleć jedynie o zabiegach chirurgicznych. Zmiany chorobowe postępują, dobrowolnie się nie goją, dla tego głównem wskazaniem leczniczém jest rychłe usunięcie tkaniny nowotworowéj z przyrzutem tkwiącym w niéj i na niéj. Dopóki sprawa jest ograniczoną, co według spostrzeżeń może trwać kilka miesięcy, usunięcie jéj bywa względnie łatwém: przez nacięcie uwalnia się ropę z pozornie zimnego ropnia, ściany niszczy się zżeradłem chemiczném lub żegadłem. Skuteczniejszém bywa wyłuszczenie guza, podobnego czasem do kaszaka, ostrzedz jednak należy przed zakażeniem świeżéj rany zarodkami z masy nowotworowéj, co na podstawie doświadczeń (szczepienia) sprowadza najczęściéj ogólne zmiany. Temi sposobami leczono owych wspomnianych 8miu chorych. Siedmiu okazywało zmiany nadzwyczaj do siebie podobne z podobnym przebiegiem. W ósmym rzecz się miała inaczéj: kobiecie 34-letniéj wyłyżeczkowano kilka przetok na szyi i pod szczęką, gdy mimo tego sprawa się odnowiła, zajęła kość, nastąpiło zwarcie szczęk a z powodu zajęcia żwaczy wycięto szczękę częściowo. Ale i teraz rozwinęła się choroba na nowo wśród 9ciu miesięcy, na dowód, że przez zabiegi zdołano ją tylko ograniczyć a nie usunąć. Przykrzejszém jest leczenie zmian rozległych, nigdy bowiem nie można ocenić, jak głęboko i w jakim kierunku szerzy się sprawa. Postępować trzeba bez planu z góry nakreślonego, czasem nawet przychodzi się wśród operacyi do przekonania, że nie podobna usunąć tkankę nowotworową z wszystkich zakątków. Nóż i ostra łyżeczka są tu głównemi narzędziami, nigdy jednak nie można być pewnym, że się usunęło wszystkie cząstki nowotworowe, jak się to nieraz zdarza przy operacyjach rozlanych nacieków nowotworu złośliwego.

W obec tych wcale nieświetnych wyników leczniczych w przypadkach ze zmianami rozległemi, tém pilniéj musimy postępować jedynie racyjonalnym torem we wszystkich chorobach zakaźnych, a tym jest staranna profilaksa. Słowo to obejmuje wiele nadziei ale i wiele zagadek. Znamy wprawdzie grzybek promienisty w organiźmie ludzkim i zwierzęcym, nie znamy go poza organizmem, ani wiemy wśród jakiego żywiołu używa wolności. Ztąd tymczasowo wskazanie do niszczenia lub utrudniania mu rozwoju w miejscach, które uważamy za jego pierwsze etapy, mianowicie baczenie na wzorową czystość jamy ustnéj, usunięcie zepsutych zębów, gojenie bolączek na dziąsłach *(parulis)*, nawet częściowe wycięcie migdałów przerosłych, gdyż w ich zatokach mogą się krzewić istoty prowadzące kiedyś do zakażenia samego siebie, zanim dalsze badania odkryją więcéj właściwości pasorzyta.

Wkrótce po ukazaniu się rozprawy Ponficka, z któréj właśnie zdaliśmy sprawę, ogłosił Israël nad nią „kilka uwag" (*Virchows Archiv*, t. 87, str. 364). Naukowéj strony aktynomykozy nie rozjaśniają uwagi Israëla, stanowią jednak początek zaciętéj polemiki stoczonéj z Ponfickiem co do pierwszeństwa w odkryciu aktynomykozy człowieka *(Virchow Archiv*, t. 87, str. 541 i t. 88, str. 191 i 195): obraz choroby, przedstawiony tutaj w głównych zarysach, pozostaje niezmieniony, gdzieniegdzie tylko prostuje Israël drobne szczegóły lub uzupełnia historyję tego odkrycia odmawiając Ponfickowi wszelkiéj zasługi około téj sprawy. Chociażby nawet Ponfick niebył pierwszy obrobił doświadczalnie aktynomykozy, jak twierdzi Israel, mimo to nazwisko jego nie będzie nigdy wymazaném z historyi téj choroby, gdyż on odważył się pierwszy twierdzić stanowczo, że jest odrębną jednostką chorobową, identyczną z chorobą napotykaną u zwierząt i pierwszy zebrał starannie cały materyjał nagromadzony, dając nam w rozprawie swojéj rys patologii aktynomykozy opartéj na faktach dotąd stwierdzonych.

Kümel: **Infuzyja soli kuchennéj do krwi.**

Jak zastąpić krew straconą? Kwestyja ta od niepamiętnych czasów zajmująca umysły lekarskie dopiero z odrodzeniem się medycyny znalazła racyjonalną odpowiedź. Transfuzyję krwi znamy przeszło od dwóchset lat. Jeżeli pomimo tego do dnia dzisiejszego rękoczyn ten nie zdołał się rozpowszechnić, to widać, że przecież nie musi on być bez zarzutów. Z pojawieniem się „infuzyi" czyli wlewań krwi odwłóknionéj bezpośrednio do jam ciała (Ponfick, Obaliński i inni) pomieniona kwestyja w nową weszła fazę. Trudności znacznie mniejsze, ztąd i wyniki częściéj pomyślne. Liczniejsze niż dotąd doświadczenia orzekną, czy sposób ten ma w praktyce racyję bytu, lub téż jest tylko nabytkiem patologii doświadczalnéj dla celów teoretycznych. Natomiast najnowszy sposób, tj. infuzyja alkalicznego roczczynu soli kuchennéj w przypadkach ostréj niedokrewności, powoli coraz bardziéj zaczyna zwracać na siebie uwagę.

Niedawno użył Bischoff w Bazylei tego sposobu i uratował życie kobiecie, któréj obfite krwotoki już śmiercią zagrażały. Również i w klinice B. S. Schultzego próbowano tego sposobu, a Kümel w Hamburgu (z oddziału Schedego) podaje (*Centralblatt für Chirurgie*, *W. med. Blätter* Nr. 20) dwa odnośne przypadki, jakkolwiek śmiercią zakończone, przecież świadczące najwymowniéj za używaniem pomienionego sposobu.

Z przyczyny puchliny nerki posokowatéj (*jauchige Hydronephrose*) wykonano na 28-letnim chorym niedokrewnym wycięcie nerki. Tuż po operacyi znaczny zapad, tętno nitkowate przyspieszone na minutę 100 razy uderzające. Pomimo korzystnego ułożenia ciała, eteru, kamfory pod skórę wstrzykniętéj, środków wyskokowych wewnętrznie podawanych ogólny stan się pogarszał. Chory niespokojny rzuca się i głośno krzyczy. Tętno zaledwie wyczuwalne, mdłe, uderza na minutę 132 razy, oddechów w tym samym czasie 40. W obec tego stanu rzeczy spróbowano infuzyi roczczynu soli kuchennéj, jako jedynego i ostatecznego środka. Odsłonięto lewą tętnicę sprychową, podwiązano takową dośrodkowo a w koniec obwodowy wsunięto cienką metalową kaniulę. Kaniulę połączono za pomocą rurki gumowéj wązkiéj, $1\frac{1}{4}$ metra długiéj z lejkiem szklanym.

Ranę i narzędzia poddano dokładnéj dezinfekcyi. W przeciągu pół godziny, zwolna, wprowadzono 1000 grm. 0·6 procentowego roczczynu soli kuchennéj, którą za pomocą dwóch kropli ługu sodowego zalkalizowano. Cieplota roczczynu wynosiła 39—40°C., a zatém znacznie więcéj niż ciepłota krwi. Przy wysokości $\frac{2}{3}$ póżniéj 1 metra, wprowadzono około 33 grm. płynu w ciągu jednéj minuty do układu naczyniowego.

Z objawów towarzyszących infuzyi zasługuje na uwagę blade, trupie odbarwienie palucha i wskaziciela odnośnéj dłoni, tuż po infuzyi występujące. Po ukończonym rękoczynie i po kilku ruchach wraca zupełnie stan prawidłowy.

Po pięciu minutach od rozpoczęcia operacyi, a zatém po dostaniu się około 160 grm. płynu do ustroju, tętno ilościowo i jakościowo wybitne okazywało różnice. Przedtém zaledwie namacalne stawało się większém, a częstość opadła na 108 uderzeń w minucie, podczas gdy ilość oddechów w przeciągu 20 minut opadła była do 24 (z 40). Wyraz twarzy chorego również poczynał być innym, żywszym, a po nieznacznéj ilości morfinu, do któréj chory od dawna był przywykł, nastąpił spokojny, do rana trwający sen. Pomimo tego jednakowoż zmarł chory drugiego dnia skutkiem skrobiawicy nerki drugiéj.

Drugi przypadek dotyczy staruszki 61-letniéj, u któréj po resekcyi zropiałego kolana wieczorem w dniu operacyi wystąpił znaczny krwotok.

Chora przedstawiała typowy obraz groźnéj ostréj niedokrewności. Tętno okazywało 100 uderzeń na minutę. Wszelkie środki podniecające nie skutkowały. Wśród przygotowań do infuzyi tętno sprychowe w zupełności znika.

Sposób wykonania jak powyżéj. Pomimo ciśnienia jednak przeszło 1 metra, roczyn soli kuchennéj prawie wcale do tętnicy się nie dostawał. Czasu do stracenia nie było, użyto strzykawki szklanéj, a po infuzyi 200 grm. roczczynu można było wyczuć tętno w tętn. szyjnéj a póżniéj i w tętnicy sprychowéj prawéj, a po dostaniu się w krążenie 500 grm. można było uważać stan choréj jako wcale zadowalający. Tętno uderzało 84 razy na minutę, było silne i pełne, a oddech spokojny.

Przy samym końcu jednak infuzyi spostrzeżono zamiast bladego zwykle występującego odbarwienia dłoni, obrzęk palucha pochodzący prawdopodobnie od przejścia roczczynu soli z pękniętych naczyń w tkaniny. Obrzęk po dłuższym ucisku znikł wprawdzie, pacyjentka zasnęła spokojnie, na drugi dzień wszelako wystąpiła zgorzel całéj dłoni, obok rozwijającéj się aż po łokieć odmy. Okoliczności te zniewoliły do przystąpienia do amputacyi w dolnéj trzeciéj części przedramienia. Chora okazuje prawie zabliźnioną ranę i obecnie ma się dobrze.

Badanie amputowanéj części wykazało zakrzep w tętnicy łokciowéj sięgający od rany amputacyjnéj aż po staw ręczny, podczas gdy tętnica sprychowa i łuki tętnicze były zupełnie wolne. Pomijamy nader trafne tłumaczenie zgorzeli, któréj uniknąć można, zdaniem autora, przez ominięcie układu naczyń włosowatych. W tym celu najstósowniéj użyć żyłę pośrodkową odłokciową; inne warunki, wyżéj podane, zostają niezmienione. Autor gorąco zaleca ten sposób, który, zdaniem jego, jest jednym z najszybciéj i najpewniéj działających.

Dr. Pisek.

W. Wargunin: **Uwagi nad powstawaniem gruźlicy, skutkiem wziewań rozpylonych plwocin suchotników.**

Wr. 1877. Tappeiner doniósł, że dając psom do wziewania rozpylone plwociny suchotników wywołuje się u nich zmiany gruźlicze w płucach. Lippl, Berteau i Beinstaedler potwierdzili te doświadczenia, Schottelius zaś otrzymał wyniki ujemne.—Wargunin postanowił jeszcze raz sprawdzić doświadczenia Tappeinera. Wykonał on na psach 16 doświadczeń pod kierunkiem profesora Rajewskiego. Podawał psom do wziewania plwociny suchotników i chorych na rozedmę płuc, a prócz tego dla kontroli stósował u kilku psów wcierania z roczczynu mąki w wodzie, w podobny sposób przyrządzonego z roczczynu z potłuczonego sera szwajcarskiego, wreszcie z plwocin suchotników, które zaprawiał środkami desinfekcyjnemi.—We wszystkich 16 doświadczeniach wyniki były jednakowe. Psy po 3, 6 lub 8 tygodniach, dwa nawet po 7 miesiącach, zostały zabite. U wszystkich 16 psów znaleziono pod opłucną i w płucach w różnéj ilości guzki szare, drobne, przeświecające, dość zbite, o średnicy dochodzącéj do 2 mm. W dolnych szczególniéj zrazikach płuc napotkano wybroczyny a często także rozedmę. Opłucna była zawsze prawidłową. Gruczoły oskrzelowe były trochę powiększone i więcéj ubarwione, niż w stosunkach prawidłowych. Błona śluzowa krtani i oskrzeli prawidłowa. Również nie znaleziono żadnych zmian na oponach mózgowych, jak i w reszcie narzą-

dów. Badanie drobnowidowe wykazało, że zmiany rozpoczynały się dopiero w najdrobniejszych oskrzelkach i przechodziły na pojedyncze pęcherzyki. Zmiany w pęcherzykach odpowiadały zapaleniu nieżytowemu, rozszerzajacemu się na najdrobniejsze oskrzelka. Tutaj skutkiem ziarnkowania *(Granulationsbildung)* przychodziło do zamknięcia oskrzelków i do wytwarzania się tkanki łącznéj. W okolicy tego procesu tworzyła się niedodma. Całość tych zmian bardzo przypominała proces chorobowy, przez Buhla nazwany *Pneumonia desquammativa*, różniąc się od niego głównie tylko rozsiedleniem zrazikowatém. Ponieważ zaś w powstałéj tkance ziarninowéj nie tworzyły się naczynia, więc tkanka ta łatwo ulegała rozpadowi, przedstawiając tu i owdzie wejrzenie masy żółtawéj.

Cały ten proces chorobowy ma dość podobieństwa do gruźlicy i łatwo może być za nią wzięty, jednakowoż przebieg jego wcale gruźlicy nie odpowiada. Ma się tutaj tylko do czynienia ze zmianami zapalnemi, powstałemi nie skutkiem jakiegoś zakażenia, lecz po prostu skutkiem mechanicznego podrażnienia, czy to przez cząstki plwocin, czy przez jakieś inne ciała obce. Dla tego téż u dwóch psów dopiero po siedmiu miesiącach zabitych nie znaleziono już żadnych zmian chorobowych; nastąpiło zupełne wyleczenie z procesu zapalnego.

Wyniki tych badań zgadzają się zupełnie z mniemaniem Fraentzla, Webera, Manasseina i Eichwalda, że długie przebywanie ze suchotnikami w ciasnéj przestrzeni może działać szkodliwie, jednakowoż nie skutkiem zakażenia, lecz skutkiem mechanicznego podrażnienia narządu oddechowego drobnemi cząstkami plwocin, napełniającemi powietrze. *(Allg. med. C. Ztg.* 1882, Nr. 28). *Dr. Kopff.*

P. Cazeneuve i R. Lépine: **Czy błona śluzowa pęcherza moczowego posiada własność chłonienia?**

Susini i Alling udowodnili, że pęcherz zdrowy nie chłonie ciał płynnych (czy to trucizn czy innych połączeń w rozczynie), jak tylko chyba w nader małéj ilości. Spostrzeżenia tych autorów potwierdzili Maas, Pinner, Fleischer, Brinkmann i London. Kaup i Treskin (w pracowni Hoppe-Seylera) znaleźli, że podobnemu prawu ulegają i składniki moczu. Wyniki tych badań nie stały w zupełnéj zgodzie z pracami Livona. Z tego powodu Cazeneuve i Lépine podjęli na nowo doświadczenia w tym kierunku. Po przecięciu psu ściany brzusznéj wzdłuż linii białéj, podwiązali moczowody i szyjkę pęcherza. Za pomocą przyrządu Dieulafoya wydobyli z pęcherza 20 cm. sz. moczu do rozbioru chemicznego. Był to mocz prawidłowy. Po téj operacyi zaszyli znów pęcherz w jamie brzusznéj i po 24 godzinach zabili psa przez skrwawienie. Mocz teraz rozebrany różni się ilościowo w składzie chemicznym od moczu badanego na początku doświadczenia. W dwóch przypadkach mocz zatrzymany wykazywał zmniejszoną ilość mocznika i kwasu fosforowego i to różnice w obu przypadkach prawie zupełnie zgodne. W trzeciém doświadczeniu oznaczali autorowie także kwas siarkowy i chlor. Kwas siarkowy był również w moczu zatrzymanym w ilości mniejszéj, chlorki zaś w ilości nieco większéj. Woda we wszystkich przypadkach, jak się zdaje, ulegała dość znacznéj resorpcyi. Na podstawie tych trzech doświadczeń wnioskują C. i L., że pęcherz prawidłowy pochłania składniki normalne moczu, w nim się znajdującego. Jak daleko to chłonienie sięga, pozostawiają to autorowie do rozstrzygnięcia przyszłym badaniom.

Dla przekonania się, czy pęcherz pochłania także trucizny do niego wprowadzone, wykonali autorowie doświadczenie jedno w taki sam sposób, jak trzy powyższe z tą tylko odmianą, że po upuście moczu prawidłowego do zbadania chemicznego, wprowadzili do pęcherza 4 centigrm. siarkanu strychninowego w rozczynie wodnym. W ciągu 16 lub 20 godzin wcale nie zauważono objawów zatrucia. Po tym czasie wystąpiły gwałtownie drgawki i prędko nastąpiła śmierć. Z tego doświadczenia wnoszą znów obaj autorowie, że strychnin nie dostał się do obiegu krwi, aż dopiero gdy koło ligatury na szyjce pęcherza wystąpiło silne reakcyjne przekrwienie i zapalenie, które umożebniło pochłonienie trucizny.

(Zdaje mi się że pp. Cazeneuve i Lépine są za śmieli w twierdzeniu, że pęcherz prawidłowy pochłania składniki moczu. Rękoczyn taki, jaki ci autorowie na psie wykonali, musiał wywołać zmiany reakcyjne w całym ustroju, a resorpcyja odbywała się może już w pęcherzu chorobowo zmienionym. Do wniosku takiego upoważnia mnie doświadczenie obu badaczy ze strychninem, które powyżéj podałem. *Przyp. Sprawozd.*) (*Comptes rendus* T. 93, Nr. 10, str. 445). *Dr. Kopff.*

Damsch: **Dyjagnostyczny przyczynek do gruźlicy narządów moczopłciowych.**

Trudności rozpoznawcze cierpienia tego, gdy zwłaszcza prócz nieżytu pęcherza i miedniczek nerkowych trudno się dopatrzyć innych objawów, są nieraz bardzo znaczne. Dziś nawet i grudkom serowatym moczu nie przypisujemy więcéj znaczenia cechującego gruźlicę od czasu, gdy wiemy, że serowacenie jest tylko jedną z postaci przeobrażeń wstecznych.

Aby się przekonać, czy ropa „gruźlicza“ z moczem wydalona rzeczywiście może być środkiem rozpoznawczym, D. przeszczepiał osad moczu do komórki przodkowéj oka królików. Ujście cewki chorych dotyczących uległo naprzód ścisłéj dezinfekcyi, toż samo i naczynie szklane, do którego chorzy oddawali mocz, którego użyto do doświadczeń. Wszyscy chorzy dotknięci byli zmianami gruźliczemi narządów moczopłciowych. U niektórych obdukcyja stwierdziła niewątpliwe zresztą rozpoznanie. Przed odstawieniem moczu na osad dodano doń 1—2 razy tyle 0·6% rozczynu soli kuchennéj. Po odstaniu się płynu wstrzyknięto królikom z osadu kilka kropel do przodkowéj komórki oka wśród ścisłego przestrzegania zasad przeciwgnilnych. Z 13 doświadczeń udało się autorowi 11 razy szczęśliwie uniknąć ogólnego ropnego zakażenia; treść ropna szybko została wessaną. Oko przez blizko trzy tygodnie nie przedstawiało żadnych zmian. Dopiero po upływie tego czasu rozwijają się gruzełki na tęczówce, nieraz zmiany gruźlicze w innych częściach oka, a w końcu jak można było w kilku przypadkach stwierdzić pojawia się ogólna gruźlica.

Zdaje się, że autorowi nieznaném było odkrycie Kocha, gdyż w szczegółowym opisie gruzełków tęczówki nie wspomina wcale laseczników. Również zdaje się bardzo prawdopodobném, że do rozpoznania gruźlicy narządów moczopłciowych wystarczy kilka grudek serowatych moczu, wśród którychby można wykazać pasorzyty Kocha, według sposobów obecnie zresztą znacznie uproszczonych. Szczepienie próbne, jak sądzimy, pomimo to ma swe znaczenie, mianowicie gdy badanie drobnowidowe ściśléj odpowiedzi nie daje.

Doświadczenia dla kontroli wykonane ropą „niegruźliczego moczu“ wydały ujemny wynik.

W końcu przytacza autor dwa przypadki, gdzie na wezwanie prof. Königa przedsięwziął szczepienia. U 27 letniego mężczyzny zresztą zdrowego, cierpiącego od lat

dwóch na nieżyt pęcherza, wykazało badanie przedmiotowe tylko białkomocz i guz twardy przyjądrza; w innym zaś przypadku u kobiety niedokrewnéj 26 letniéj, uskarżającéj się od lat dwóch na dolegliwości przy oddawaniu moczu, wykryło badanie tegoż obfitą ilość ropy i krwi. W obu przypadkach domyślano się istnienia gruźlicy. W pierwszym przypadku szczepienie wykazało gruźlicę, w drugim zapalenie tęczówki skończyło się zrostami, gruźlica się nie zjawiła. (*Deutsches Arch. f. klin. Med.* Bd. 31, pag. 79). *Dr. Pisek.*

Deutschmann: Doświadczenia nad stósowaniem jodoformu w okulistyce.

Skutkiem wykładu Dra Brettauera na Zjeździe okulistów w Heidelbergu w jesieni 1881 r. wytoczyła się rozprawa o pożyteczności jodoformu w chorobach oczu, w któréj podnoszono jego skuteczność i polecano do dalszych doświadczeń, a prof. Leber oświadczył, że i w klinice gietyngskiéj stósowano już ten środek z korzyścią. Od owego czasu używano jodoformu w coraz to większych rozmiarach, a z doświadczeń w téj mierze zdobytych autor zdaje w krótkości sprawę. W klinice gietyngskiéj stósowano jodoform tak w postaci najmielszego proszku jako téż i w postaci maści (1 na 10 waseliny), do któréj w razie potrzeby dodawano atropinu w stosunku 1 na 200. Spojówka zdrowa dobrze znosi małe ilości tego środka w obu postaciach, większe ilości wywołują zadrażnienie, objawiające się silném przekrwieniem i lekkiém obrzmieniem z bardzo nieznaczną wydzieliną. Spojówka już przekrwiona lub lekko zapalona znosi również małe ilości jodoformu, większe potęgują zapalenie, które przybiera wielkie podobieństwo do znanego zadrażnienia téj błony skutkiem atropinu. Rzadkie przypadki okazują idyosynkrazyję przeciw jodoformowi, który wtedy nawet w małych ilościach wywołuje także zapalenie. Bardzo gwałtowne zadrażnienie spojówki uważano w kilku przypadkach, w których po upływie jednéj tylko doby od zaprzestania maści rtęciowéj wprowadzonéj do worka spojówkowego zasypano jodoform skutkiem takiéj saméj sprawy chemicznéj, jaka się odbywa w razie równoczesnego zasypywania do oka kalomelu i podawania wewnętrznie jodku potasu. Jodoformu używano z najlepszym skutkiem w przypadkach świeżych obrażeń powiek, spojówki i saméj gałki ocznéj, zasypywano go po wydobyciu ciał obcych z rogówki w razie podejrzenia, że ciało obce było nieczyste. Użytecznym okazał się nadto jodoform w umyślnych zranieniach oka, jak po irydektomii, tenotomii i wyłuszczeniu gałki ocznéj, a nader dzielnemi okazały się jego własności przeciwgnilne w przypadkach zakażenia ran po operacyjach. Co się tyczy działania leczniczego jodoformu w różnych chorobach oczu, to stósowano go w rozmaitych postaciach chorób spojówki, twardówki i rogówki. W nieżytach spojówkowych tak ostrych jak przewlekłych okazał się jodoform bezskutecznym, tak samo w śluzotoku. W świeżych przypadkach zapalenia spojówki pryszczykowego jodoform zawiódł, ale działał pomyślnie na pryszczyki już owrzodziałe, chociaż autor przyznaje, że nie lepiéj od opaski uciskowéj. Autor nie widział ani w ostréj ani w przewlekłéj jaglicy skutku, o którymby warto mówić, podobnież doprowadziły doświadczenia w dwóch przypadkach zapalenia twardówki do wypadku ujemnego mimo kilkotygodniowego stósowania.

Natomiast okazał się ten lek nader zbawiennym we wszystkich rodzajach ropnego zapalenia rogówki, a mianowicie w postaci należącéj do najzłośliwszych a w tamtych okolicach bardzo częstéj, zwanéj wrzodem pełzającym (*Ulcus serpens, Hypopyon-Keratitis*). Od początku sierpnia 1881 używano we wszystkich takich przypadkach jodoformu w proszku i opatrunku z lintu borowego w ten sposób, że przy każdéj zmianie opatrunku rano i wieczór zasypywano małą ilość bardzo miałkiego jodoformu za pomocą pędzla do worka spojówkowego, a względnie na sam wrzód rogówkowy; nadto wprowadzano, jeżeli zachodziła potrzeba, zgłębniki do kanału nosołzowego i przestrzykiwano go rozczynem nadmanganezianu potasowego. Jak korzystnemi były wypadki, wynika ze statystycznego porównania 41 przypadków leczonych w ten sposób od sierpnia 1881 do lutego 1882 z wypadkami leczenia innych 41 przypadków, w których przed sierpniem 1881 stósowano dawniejsze środki (okłady ciepłe z nadmanganezianu potasowego, zapuszczanie kwasu karbolowego, wody chlorowéj, rozczynu chininowego, chinin zproszkowany, obok opatrunku przeciwgnilnego lub bez tegoż).

Z leczonych jodoformem:		Z leczonych innemi środkami:	
Z 41 ócz wyleczono	38.	Z 41 ócz wyleczono	34.
Zaraz po przyjęciu operowano	4.	Zaraz po przyjęciu operowano	6.
Po leczeniu jodof. operowano	5.	Po leczeniu operowano	22.
Wyleczono za pomocą operacyi	8.	Wyleczono za pomocą oper.	22.
Zupełnie stracono	3.	Zupełnie stracono	7.

Z powyższego zestawienia widać nie tylko że po leczeniu jodoformem stracono znacznie mniéj ócz ale nadto, co jest bardzo wielkiéj wagi, że nierównie rzadziéj zachodziła potrzeba uciekania się do operacyi. Jak ważną zaś jest ta okoliczność, wynika z tego, że w przeważnéj ilości przypadków operowanych sposobem Saemischa pozostawały bielma przyczepione, a w wielkiéj ilości zaćma. Prócz tych wszystkich korzyści autor zwraca jeszcze uwagę na własność znieczulającą jodoformu i zapewnia, że najczęściéj już po pierwszém zasypaniu folgowały bardzo znacznie bóle przedtém gwałtowne. Jodoform stósować należy w tych przypadkach aż do zupełnego oczyszczenia się wrzodu, zniknięcia ropy nagromadzonéj w komórce przodkowéj i sklęsnięcia spojówki gałkowéj; dłuższe stósowanie jodoformu opaźnia odradzanie się części zniszczonych. Dla tego zastępowano go téż w klinice gietyngskiéj w tym okresie opatrunkiem borowym, ten zaś w samym końcu jakąś wodą oczną ściągającą. Czy jodoform działa pomyślnie także na śluzotok woreczka łzowego, wikłający często wrzody rogówkowe, autor nie ma pewności. Tak jak w téj najzłośliwszéj postaci ropnego zapalenia rogówki jodoform działa również bardzo korzystnie i w innych lżejszych postaciach ropienia rogówkowego bez względu na to, czy ono powstało samorodnie lub téż skutkiem urazu, nie można jednak zamilczeć, że tu i owdzie nie zdołał on zapobiegnąć utracie oka. Jodoform działał, jak się zdaje, pomyślnie także niekiedy w przypadkach łuszczki pryszczykowéj (*Pannus phlyctaenulosus*), okazał się natomiast zupełnie bezskutecznym w prawdziwym liszaju rogówki (*Herpes corneae*). (*Graefe's Archiv. f. Ophth.* XXVIII, B. Ab. 1).

Przypisek. Doświadczenia, które sprawozdawca Przegl. Lek. robił dotąd z jodoformem tak w klinice jako téż w praktyce prywatnéj doprowadziły go po części do zgodnych, po części zaś, jak np. co do jaglicy, do odmiennych wyników, a nadto wykazały, że ten lek z wielką korzyścią zastósowany być może jeszcze i w innych cierpieniach oka, jak np. przedewszystkiém w pewnym okresie rozlanego, miąższowego zapalenia rogówki (*Kerat. interstit. vel. parench. diffusa*). Podanie szczegółowych wskazań w tym względzie sprawozdawca zachowuje sobie do czasu, gdy dotychczasowy pomyślny skutek stwierdzi w większéj ilości przypadków tego ciężkiego i uporczywego cierpienia. *Rydel.*

Dr. Catiano (w Berlinie): **O zaburzeniach powstałych skutkiem rozległych oparzeń.**

Wiadomo, że oparzenia obejmujące połowę powierzchni skóry są o wiele groźniejszemi w swych skutkach dla ustroju, aniżeli zupełne zwęglenie miejsc ograniczonych, n. p. odnóg. Przyczyną tych następstw muszą być zmiany w skórze oparzonéj, gdy jednak ani zmiana ani powstrzymanie czynności fizyjologicznych skóry nie tłumaczą szeregu objawów występujących po oparzeniu, uciec się wypadało do zmian w ośrodkach nerwowych lub w składzie krwi. Oparzenie lub spalenie równéj masy innych tkanin ustroju nie wywołuje takich zmian, zachodzi więc pytanie, czy po oparzeniu skóry, gdzie najpierw ogrzewają się do wysokiego stopnia organiczne istoty, znajdujące się przedewszystkiém w skórze, nie tworzy się na drodze chemicznéj ciało jakieś trujące, którego wessanie jest przyczyną powstających zaburzeń. To pytanie zadaje sobie autor a nie wyliczając przemian chemicznych powstających skutkiem ogrzania innych składników organicznych skóry zastanawia się nad okolicznością, że w pocie najpierw wydzielonym znajduje się kwas mrówkowy i sprawia kwaśne oddziaływanie tegoż. W obec silnéj zasady znajdującéj się zdaniem fizyjologów w skórze prawidłowéj, w obec amonijaku, nie może istnieć ten kwas tłuszczowy, pierwszy w ich szeregu i powstający przez utlenienie wielu ciał organicznych, łączy się z nią dając sól nader łatwo rozpuszczalną: mrówkan amonowy, ten zaś nagle ogrzany rozkłada się na wodę i kwas sinowodowy czyli pruski: $NH_4CHO=2H_2O+HCN$. Jeżeli przyczyną zaburzeń po oparzeniu jest rzeczywiście kwas pruski świeżo wytworzony i wessany z miejsca oparzonego, to:

1) objawy wywołane skutkiem oparzenia muszą być te same co u otrutego kwasem pruskim;

2) we krwi oparzonych można wykazać tę truciznę.

Badając objawy otrucia kwasem pruskim nie wiele znajdziemy przypadków, w którychby w celach zbrodniczych zazwyczaj dawki śmiertelnéj kilkanaściekroć nie przekroczono, szereg przypadków rozwija się tu z nadzwyczajną chyżością i kończy się śmiercią. Podają powszechnie, że objawem otrucia tym kwasem bywa uczucie ściskania w piersiach, oddech utrudniony, wreszcie bezdech, znaczne osłabienie mięśni, ból głowy i nudności, tętno małe i miękkie, po pewnym czasie niedające się wyczuć. Uderzenie serca z początku silne późniéj wolniejsze, serce ustaje bić w chwilę po ustaniu oddechania. Przytomność upośledzona w stopniu wyższym lub niższym a otruty przestaje żyć śród sinicy w głębokiéj śpiączce. Ciepłota bywa niższą od prawidłowéj we wszystkich przypadkach, wznosi się jednak przed samą śmiercią, u niektórych spostrzegano w tym czasie drgawki kloniczne. Wyniki badania pośmiertnego anatomicznego bywają ujemne, znajduje się jednak oznaki ostrego nieżytu jelit i krew płynną barwy jasnoczerwonéj, czasem tylko ciemnowiśniowéj. Najpierw więc ulegają działaniu kwasu pruskiego ośrodki: naczynioruchowy i oddechowy, najdłużéj opiera się mu unerwienie serca. Jak po zadziałaniu innych środków na ośrodek naczynioruchowy i tutaj uważano obniżenie ciepłoty pod pachą a nieprawidłowe wzniesienie się tejże w narządach wewnętrznych, co stwierdza ciepłomierz wprowadzony do odbytnicy. Śmierć z otrucia kwasem sinowodowym będąc następstwem porażenia ośrodka oddechania jest śmiercią z uduszenia. Zupełnie te same objawy występują po rozległych oparzeniach, a obniżenie ciepłoty na obwodzie w części tylko można odnieść do zwiększonego oddawania jéj przez krew w porażonych naczyniach części oparzonéj. Czynność serca ustaje zawsze po ustaniu oddechania, a do uzupełnienia obrazu podobnego dodać należy spostrzeżenie uczynione na zwłokach ludzi zmarłych z rozległego oparzenia: krew płynną, jasnoczerwoną.

Trudniéj załatwić się z drugą częścią twierdzenia. Gdy 0·05 kwasu pruskiego, wprowadzonego do żołądka, wystarcza do pozbawienia życia człowieka dorosłego, wystarczy nierównie mniéj, gdyby się dostał wprost do układu naczyniowego, mniéj gdy się dostanie do organizmu w chwili wywiązania się. Łatwo pojąć, jakie trudności napotka tutaj badanie chemiczne krwi: chodzi o wykrycie najmniejszych ilości ciała ulegającego bardzo łatwo rozkładowi, ciała, którego nader mała ilość wdychana pozbawia życia małe zwierzęta, badanie chemiczne krwi daje wynik ujemny a one przecież zginęły niezawodnie z otrucia. (Dok. nast.)

Wiadomości pomniejsze.

(K. G.) **Używanie wód gazowych.** Dr. Durand Fardel, jeden z kierujących lekarzy w Vichy, miał na marcowém posiedzeniu *Societé francaise d'hygiène* odczyt o higijenicznych i lekarskich własnościach wód gazowych naturalnych w porównaniu ze sztucznemi. Wody te bywają wyrabiane bądźto przez działanie kwasu na sól alkaliczną, przyczém wytwarza się kwas węglowy, bądź téż przez nasycenie wody tym gazem. W pierwszym razie woda jest rozczynem soli alkalicznéj (zazwyczaj dwuwęglanu sodowego), w którym gaz zostaje zatrzymanym i tworzy tak zwaną pospolicie wodę sodową; gdy w drugim razie gaz wytwarza się oddzielnie i wodę nasyca się nim pod ciśnieniem sprawioném przez właściwe przyrządy. Prelegent wskazał niedogodności a nawet niebezpieczeństwa, na które narażeni są sami wyrabiający jak również ci, którzy wód tych używają bez wyboru i często. Odradza on codzienne użycie wód gazowych tak naturalnych jak i mineralnych, chyba że dzieje się to w skutek przepisu lekarskiego, a to z uwagi, że nie są one niczém inném jak rozczynami lekarskiemi. Ich miejscowy wpływ musi być dla żołądka szkodliwym, bo one rozdymają ten narząd do niestosownego stopnia nietylko przez znaczną ilość połkniętego płynu, lecz także i gazu, temuż towarzyszącego. Nie ulega wątpliwości, że znaczna część przypadków dyspepsyi, jakie napotykamy w krajach cywilizowanych, zawdzięcza swe źródło nadużyciu wód mineralnych, wynikiem którego bywa nadmierne rozszerzenie żołądka i powstanie atonicznéj dyspepsyi, jednéj z najprzykrzejszych postaci chorobowych tak dla chorych jak i dla lekarzy. Prócz tego obok téj szkodliwości niemałego znaczenia już dawno Trousseau wykazał, że dłuższe używanie wód alkalicznych wpływa na skład krwi w ten sposób, że sprawia ciężką anemiję, a w następstwie ogólne podkopanie udoli. Jeżeli te zarzuty słuszne są co do naturalnych wód mineralnych to z podwójną słusznością odnieść je wypada do sztucznych wód mineralnych i gazowych, których użycie jest tak w dzisiejszych czasach rozpowszechnione. Dr. Durand Fardel zakończył swój odczyt wzmianką, że nie ma zamiaru dążyć do zreformowania zwyczajów rozpowszechnionych, lecz sądził, że opierając się na swém dość rozległém doświadczeniu jest jego obowiązkiem podać niektóre rady, które w ten sposób formułuje: 1) Stałe używanie napojów gazowych należy w ogóle uważać za szkodliwe dla zdrowia; 2) Jeżeli wskazane jest użycie tych wód, to obojętną jest rzeczą, czy używa się sztucznéj wody gazowéj lub téż naturalnéj wody mineralnéj; 3) Przez zwykłe lub stałe użycie

sztuczne wody gazowe są najniebezpieczniejsze i należy je bezwzględnie potępić; 4) Unikać należy dłużéj trwającego lub téż zwykłego używania wód mineralnych naturalnych w stanie silnego burzenia; 5) Użycie najsłabiéj burzących wód mineralnych, zwłaszcza nasyconych kwasem węglowym, może z mniejszą szkodą dłużéj trwać. (*The Lancet*, 1882, I, Nr. 14).

(K.) **Wolne tętno.** Simon (*Brit. Med. Journ.* Dcbr. 24, 1881) opisuje przypadek, gdzie w ciągu 13 lat tętno wynosiło zwykle 12, a najwyżéj dochodziło do 40 uderzeń na minutę. Podobny przypadek podaje także Voigt. U 72-letniego starca, amatora gorących napojów, który, prócz dolegliwości hemoroidalnych, był zupełnie zdrowym, tętno już od lat młodocianych nie wynosiło zwykle nigdy więcéj, nad 28 do 30 uderzeń na minutę.

(K.) **Do wykrycia najmniejszych ilości fenolu w moczu** używają Tom. i Don. Tomasi następującéj metody: 20 do 25 ctm. sz. moczu kłóci się z taką samą ilością eteru. Eter oddziela się do małego kubka i napawa się nim małe wióro sosnowe. Wióro to lub patyczek daje się następnie do kwasu chlorowodowego, zawierającego trochę chloranu potasowego (50 ctm. sz. HCl., 50 cm. sz. H_2O i 0.20 g. $KClO_3$), a następnie wystawia się go przez chwilę na działanie promieni słonecznych. W razie obecności fenolu drzazga sosnowa przybiera charakterystyczne niebieskie zabarwienie. Obaj autorowie wykrywali tą metodą jeszcze $^1/_{6000}$ fenolu w moczu lub we wodzie. (*Ber. d. deutsch. chem. Gesellschaft z. Berlin* 14, 1834).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.
Sekcyja lwowska.

Posiedzenie zwyczajne z d. 28 stycznia 1881.
Przewodniczący Dr. Różański. Członków obecnych 40.

1) Nowy przewodniczący zagajając posiedzenie, sądzi, że przyczyną stopniowego zmniejszania się interesu dla posiedzeń naukowych Sekcyi jest z jednéj strony wyczerpanie, jakie zwykle nastaje po upływie lat w kółku zwolna się tylko odnawiającém, z drugiéj rozdrobnienie tematów, zajmowanie się wyłącznie szczegółami zwłaszcza praktycznemi, które tylko dla specyjalisty w odpowiedniéj gałęzi medycyny mogą przedstawiać interes. Chcąc obudzić zajęcie u ogółu członków, należy wciągać do wykładów osoby nowe z poza koła sekcyjnego, nadto wrócić do szerokich podstaw medycyny, to jest do nauk przyrodniczych, których umiejętność lekarska jest tylko zastosowaniem. Wychodząc z takiego założenia Przewodniczący zaprosił Doc. Dra Ochorowicza, aby w sprawie, budzącéj obecnie powszechny interes, to jest w sprawie zjawisk hypnotycznych i magnetycznych, raczył rozwinąć przed zgromadzeniem istniejące teoryje, bez czego zjawiska są dla patrzącego na nie, gromadą bezładną szczegółów niezrozumiałych. Z liczby kolegów zgromadzonych Przewodniczący widzi, że temat obrany obudził zajęcie.

2) Po wstępie powyższym odczytano i przyjęto protokół z poprzedniego posiedzenia dorocznego administracyjnego.

3) Doc. Dr. Ochorowicz rozwija temat wyżéj wyrażony. (Wykład ogłoszony w streszczeniu w Nrze 9 Przeglądu z dnia 4 marca 1882). *Dr. Dyhdalewicz.*

Posiedzenie zwyczajne z d. 11 Lutego 1882
Przewodniczący Dr. Rożański. Członków obecnych 26.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia

2) Sekretarz podał do wiadomości zgromadzonych odezwę wystosowaną do Towarzystwa przez Komitet, zajmujący się przygotowaniem Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich, który się ma odbyć w Pradze od 27—30 Maja 1882. Przewodniczący sądzi, że należy się Czechom odwdzięczyć za udział ich w ostatnim Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, zachęca więc członków do licznego uczestnictwa w Zjeździe prażskim. Zgłoszenia przyjmuje Dr. Nowak prof. politechniki w Pradze.

3) Dr. Żuliński przypomina o Słowniku lekarzy polskich, którego wydanie pod kierunkiem niestrudzonego Dra Kośmińskiego ma się w Warszawie rozpocząć już w r. b. Wzywa więc, aby koledzy spieszyli się z życiorysami, o które ich autor w odezwach ogłoszonych upraszał.

4) Z kolei Dr. Jasiński odczytał drugą część obszerniejszéj rozprawy pod tyt.: „O uzdrowiskach kąpielowych nad morzem północném“ (p. prot. posiedz. z d. 19 Listopada 1881).

5) Wreszcie Dr. Jan Sawicki miał wykład: „O przerództwie ustrojów zwierzęcych niższych“ (będzie ogłoszony w czasopiśmie Tow. przyr. lwowskiego „Kosmos“). Prelegent zaznaczywszy we wstępie różnicę między przerództwem a przekształceniem, dał historyczny przegląd rozwoju nauki o przerództwie w skutek badań Chamissa w r. 1819, Mehlisa w r. 1830, Saara w r. 1833—35, Eschrifta w r. 1837, Nordmanna i Siebolda w r. 1842, Van Benedena w r. 1850, Leukarta w r. 1860. Następnie skreślił objawy przerodztwa niższych typów zwierzęcych i podawał sposoby rozmnażania w poszczególnych typach tudzież jakość zmian kolejnych. *Dr. Dyhdalewicz.*

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie V z d. 1 marca 1882.
Przewodniczący kol. Jordan. Członków obecnych 15.

1) Odczytano protokół z poprzedniego posiedzenia i bez zmian przyjęto.

2) Prof. Blumenstok okazał: *a)* trzy przypadki pęknięcia tętniaków łuku aorty, z których dwa tyczą się kobiet a jeden mężczyzny. W przypadku ostatnim starzec, woźny magistratu, przyszedłszy do domu, żalił się na nudności, mdłości i po upływie kilku godzin skonał. Sekcyja wykazała: rozległe wynaczynienie obustronne śród tkanki okołonaczyniowéj tętnic szyjnych, przerost znaczny lewéj komórki serca, znaczną miażdżycę łuku aorty i aorty zstępującéj a nadto pęknięcie do osi równoległe w łuku znacznie rozszerzonym właśnie tam, gdzie miażdżyca była bardzo nieznaczna. W drugim przypadku kobieta lat 40 licząca podczas mycia podłogi umarła nagle; zmiany miażdżycowe były nieznaczne, jednak w części wklęsłéj łuku rozszerzonego znaleziono wrzód miażdżycowy, lejkowato od błony wewnętrznéj zagłębiający się i przeszywający małym otworem błonę zewnętrzną. Trzeci przypadek tyczy się kobiety operowanéj w klinice chirurgicznéj przez kol. Obalińskiego z powodu przybłoniaka wargi. Chora ta w kilka dni po operacyi udała się na wychodek a powróciwszy zemdlała, upadła i żyć przestała. Sekcyja wykazała: rozległe poprzeczne pęknięcie rozszerzonego łuku aorty, pomimo nieznacznych zmian miażdżycowych w miejscu pęknięcia. Wykładający zwraca uwagę, jak trudném byłoby ocenienie sądowo-lekarskie takich przypadków w razie, gdyby denaci przed śmiercią swą nagłą byli doznali obrażenia cielesnego, np. pchnięcia lub uderzenia narzędziem tępém w klatkę piersiową. Tylko w przypadku 2gim możnaby wykluczyć urazowe pęknięcie tętniaka; w 1szym i 3cim wykluczenie byłoby niepodobném, a cech rozróżniających pęknięcie urazowe od nieurazowego nie ma.

b) Następnie wykładający podał kilka szczegółów odnoszących się do sprawdzenia tożsamości w przypadkach wątpliwych. Lekarz sądowy uwzględnia wszystko, co wpada w oczy, a tém samém i tatuowania, które u nas rzadko się napotyka a to przeważnie u mężczyzn, którzy służyli w wojsku. Podawszy kilka uwag sądowo-lekarskich w tym przedmiocie, wspomina o dziele Lombrosiego i o spostrzeżeniu jego, że we Włoszech pewne stowarzyszenia zbrodniarskie (np. t. zw. Camorra) posługują się pewnemi godłami, np. tarantuli. Okazuje następnie preparaty, z których jeden pochodzi od mężczyzny, zmarłego w oddziale kol. Paszkowskiego z wgłobienia jelit, a u którego przy sekcyi znaleziono miejsce tatuowane na ramieniu dość dobrze utrzymane; drugi zaś pochodzący od człowieka zmarłego z niemocy Brighta w klinice prof. Kaposiego w Wiedniu; preparat ten okazuje godła rycerskie pysznéj roboty oraz dokładny napis pułku i kompanii, w któréj zmarły służył, nadto krucyfiks, a w dodatku obraz sprośny. Pod względem sprawdzenia wieku zasługuje

w wysokim stopniu na uwagę stan kostnienia nasad kości rurkowych. Jak u noworodków nasada dolna kości udowéj lub kości skokowéj okazuje ziarno kostne, które przemawia za têm, że dziecko najprawdopodobniéj było donoszoném, a ziarno to nawet u dzieci całkiem zgniłych jeszcze uderza twardością swoją i barwą odmienną od barwy chrząstki, tak u ludzi dorosłych stan kostnienia w nasadzie główki kości ramieniowéj rozstrzyga o têm, czy denat ukończył lat 20—24 lub nie. Wykładający przedstawia zarazem zbiór nasad jednych i drugich.

c) Z kolei przedstawia prof. Blumenstok preparaty pochodzące od dwóch mężczyzn, którzy odebrali sobie życie wystrzałem. Zecer młody zastrzelił się, przyłożywszy pistolet pomiędzy 6—7 żebrem; kula przeszyła obie komórki serca i utkwiła w kręgosłupie. W trzonie kręgu 6tego grzbietowego znaleziono mały otwór, a po wyjęciu z niego zwitka papieru wydobyto kulę całkiem spłaszczoną, do guzika podobną. Drugi przypadek zasługuje na uwagę dla tego, że na pozór nie było na trupie ani otworu wejścia ani wyjścia kuli, albowiem samobójca strzelił przez jamę ustną a kula przebiła wprawdzie sklepienie czaszki, ale utkwiła pod powłokami zewnętrznemi, gdzie znaleziono tylko obrzęk. Porównanie regularnego otworu, znajdującego się w blaszce wewnętrznéj sklepienia, z otworem w blaszce zewnętrznéj większym od pierwszego i nieregularnym jest pouczającém, ile że na podstawie tego porównania można natychmiast rozpoznać, którędy kula weszła, a którędy wyszła nawet w razie, jeżeli samo tylko sklepienie czaszki mamy przed sobą, a trupa nie widzieliśmy.

d) Wreszcie prof. Blumenstok okazał dwie czaszki pochodzące od ludzi, którzy za życia doznali obrażenia głowy. Przypadek pierwszy tyczy się wyrobnika, którego koń uderzył w okolicę nosa. Oprócz zdruzgotania kości nosowych, twarzowych i sitowéj widać na podstawie czaszki pęknięcie kości skalistéj lewéj, niepozostające w związku z resztą szczelin. Tu trzeba przypuścić pęknięcie z odbicia, jakkolwiek ono nie zdaje się być tak częstém, jak dawniéj przypuszczano. Czaszka druga pochodzi od człowieka, który umarł w szpitalu z dyfteryi jelit, a z wywiadów wynika, że przed 8 laty uderzony został kopytem końskiém w głowę. Na skórze czaszki nie było żadnéj blizny, na sklepieniu czaszki natomiast uleczone przez kostninę złamanie połączone z wgnieceniem; na wierzchołku odpowiedniéj półkuli mózgowéj ognisko udarowe, rdzawo zabarwione, w którêm jeszcze można było wykazać piękne, ognisto-czerwone kryształki hematoidynu. Przypadek ten jest ciekawy z tego powodu, że po tak ciężkiém uszkodzeniu czaszki i mózgu człowiek ten żył jeszcze lat 8 bez objawów porażenia.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos koledzy: Obaliński i Wilkosz.

Na têm posiedzenie zamknięto. *Dr. Jan Rosner.*

VI. Lekarze i leczenie w Turcyi.

Podał **Dr. W. Jabłonowski**
w Kutahii w Anatolii.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 26).

Oto i wszystko co nas uderza w pracowni stambulskiego aptekarza. Jestto stan opłakany, lecz i wnętrze apteki nie bywa powabniejszém. Przyjęto tu bowiem za prawidło, że wszystko co nie jest wystawionêm na widok, śmiało może być zaniedbaném. I przeciwnie, to wszystko co zwraca uwagę i przywabia przechodnia, powinno być porządnie ustawione. Dla tego téż w szafkach takich aptek spostrzeżemy znaczną ilość bardzo pięknych słoików, buteleczek szczelnie zamkniętych, bogato zdobnych, ponumerowanych i noszących złote napisy. Te zaś buteleczki i słoiki zawierają zwykle rzeczy, których sam aptekarz nie zna własności, ponieważ nigdy ich nie używa. Daléj na ogromnym stole, umieszczonym w środku apteki, lśnią się pyszne ważki, w stylu najbardziéj eleganckim, na pozór przeznaczone do ciągłego użytku, niesłużące jednak jak tylko do ozdoby apteki. Obok ważek zalegly okryte powagą wieku dzieła fachowe, w językach włoskim, francuzkim, a niekiedy i łacińskim, gnące się pod warstwami kurzu i narzuconéj bibuły. Podobnie jak ważki, rzadko się je bierze do ręki, ponieważ właściciel lub pomocnik często nie znają języka, w którym napisane są te dzieła. Od czasu zaś wejścia w modę najrozmaitszych nieomylnych środków, wynalazków ogłaszanych na czwartéj stronnicy dzienników, niektórzy z aptekarzy stambulskich także zaczęli się bawić w wynajdywanie cudownych leków. Jedni więc, jak bracia Caucuch, właściciele sławnéj z fałszerstw „*Pharmacie Britannique*“, puścili w świat środek na pewne pozbycie się tasiemca. I dla zaprzeczenia uprawnionym własnościom znanych już środków, ozdobili okna swéj apteki w słoiki, wypełnione robakiem, oczywiście całkowitym. Widok to bardzo zabawny, śmieszny i wstrętny zarazem. W innych znowu aptekach wystawa jest zajętą szeregiem butelek zawierających ulepki, wino cypryjskie z chiną, rozmaite „eliksyry“ itp. wszystko to wynalazku aptekarza, posiadające własności pewne, sądząc mianowicie po cenach tych specyjałów.

Sam zaś aptekarz, który w miarę okoliczności zajmuje się i leczeniem, jest zwykle osobą poważną wiekiem. Został aptekarzem dla tego, że i jego ojciec był takim, i że apteka dostała mu się w spadku. Takiego więc pochodzenia aptekarz zajmuje się zwykle ekspedyjowaniem przepisów lekarzy drugiéj kategoryi. A bardzo często i sam przepisuje leki, których chciałby się prędko pozbyć. Postępowanie zaś tego rodzaju da się łatwo wytłumaczyć. Tutejsi bowiem obywatele nie zwykli uważać apteki za skład lekarstw tylko, ale nadto i za siedlisko lekarzy praktykujących w rozmaitych częściach miasta. W ten sposób przychodząc do apteki w zamiarze poradzenia się, najprzód zwykli się zwracać do aptekarza prosząc o wybadanie stanu chorobowego w koniecznéj potrzebie i o leczenie! Zdawałoby się więc, że zadanie aptekarza jest dość uciążliwém. Tak jednak nie jest. W ogóle przepisy praktyków drugiéj kategoryi są bardzo proste i obejmują tylko małą ilość leków zawsze tych samych i stanowczo nie wiele wartych. Zdarza się jednak, że i przepisy renomowanych lekarzy przypadkiem lub nieszczęściem zabłądzą do podobnych aptek, i wtedy można być pewnym, że nigdy się ich nie przygotowuje z należytą ścisłością. Bez różnicy zaś, co ma przygotować, pigułki lub proszki, maść lub napar, aptekarz zawsze prosi przybyłego, aby przyszedł nieco późniéj, ponieważ przepisany lek wymaga pewnego czasu do stosownego przygotowania. Wprawdzie praktykuje się to i gdzie indziéj. Lecz tutaj cel podobnego postępowania opiera się na zręcznym wybiegu, ponieważ w nieobecności interesowanego aptekarz przyrządza lek podług swego upodobania, z największém jednak staraniem naśladuje kolor z obawy, że lekarz mógł o têm uprzedzić chorego. Lek wreszcie dobrze opłacony wydaje się a domorosły aptekarz, odprowadzając klijenta, nie szczędzi pochwał i zapewnień, że użył najświeższych przetworów tylko co otrzymanych i których żadna inna nie posiada apteka! Jak zaś ekspedyjują się przepisane leki, to w największym sekrecie odkryję czytelnikowi. I tak w przygotowaniu pigułek nie znajduje się żadnéj trudności. Aptekarz tutejszy wydobywa je z pudełka zapasowego, zawierającego znaczną ilość pigułek przygotowanych z jakiegoś obojętnego proszku i ulepku gumowego. Jeżeli wypada przygotować napar, to takowego dostarczają gąsiory znajdujące się w pracowni. Emulzyja jakiegokolwiek przepisu wyrabia się stale z nieco stężałego gumowego ulepku. A wreszcie trochę wody z kwiatu pomarańczy, cukier i obojętny napar, służą do przygotowania najrozmai-

tszych mikstur. Tak więc istoty właściwie działające, choćby nawet i były przepisane przez lekarza, rzadko kiedy stanowią część składową leku; naprzód dla tego, że apteka najczęściéj ich nie posiada, a powtóre i dla tego, że mając je aptekarz byłby zmuszony dołożyć większych starań w przygotowaniu leku, co właśnie nie zgadza się z interesem i przekonaniem tutejszego farmaceuty. Wie on bowiem dobrze, że podobne postępowanie nie skompromituje go wcale; interesowany zapłaci, nie pytając się o dobroć leku i treść buteleczki. A byle rozczyn siarkanu chininu był gorzki, i maść rtęciowa szarą, to i wystarcza do uznania leku za prawidłowo przygotowany! Nieraz byłem świadkiem, jak przepisany odwar korzenia ratanhy zastępowano suchym wyciągiem. Kolor był prawie ten sam, a czy działanie pożądane? o to właściciel „Pharmacie d'Europe" wcale nie dbał. Fałszowanie siarkanu chininu stwierdza się tu codziennie i tak nawet często, że pośrednictwo władzy okazało się niezbędném do pohamowania aptekarskich przeniewierstw. W kilku aptekach zrobiono więc rewizyję. Egzaminatorowie jednak będąc stambulskimi tylko chemikami a nadto dobrze naprzód opłaceni, zdali raport korzystny dla podejrzanych aptekarzy i magnezyja jak była tak i pozostała częścią składową preparatów chinowych. Z szeregu więc podobnych faktów ten jasny wypływa wniosek, że aptekarze tutejsi nie potrzebują posiadać pewnego kapitaliku na założenie handelku. Głównie tu chodzi o nabycie najrozmaitszych naczyń. Taniość zaś materyjałów istotnie aptecznych uwalnia od zbytecznych kosztów. Oto i powód licznych istniejących tu aptek.

Wiemy już, że obywatele tutejsi uważają aptekę za przybytek a nawet za siedlisko lekarzy. I têm więc, czém dla Turka jest buda balwierza lub składy w Mysyrczarsze, têm dla chrześcijan bez wyjątku ras i pozycyi socyjalnéj jest apteka. Tutaj więc w potrzebie zwykło się szukać lekarza; tutaj się radzić, zaopatrywać w leki, ztąd powoływać lekarza, gdy chory nie może wyjść z domu. To też i większa część tutejszych praktyków, wierna temu zwyczajowi (nie wiadomo przez jakich przybyszów wprowadzonemu do Turcyi) zrozumiawszy jego praktyczną doniosłość z aptek utworzyli oficyny poradne, i całemi gromadami tu przesiadując, czekają na zlitowanie się chorych, wzajemnie ich sobie odbijając! Oto i powód tłumaczący ową łączność sympatyczną między sprzedającymi leki a leczącymi. Jedni i drudzy bowiem mają interes w zachowaniu dobrych stosunków. Mianowicie zaś drugorzędni lekarze w ten sposób układają się z właścicielem apteki, że ostatni płaci stosowne odsetki od sumy otrzymanéj za sprzedaż przepisanych leków. I to właśnie stanowi cały dochód lekarza nie odwiedzanego we własnym gabinecie i nie posiadającego praktyki po domach prywatnych. Jednak jakikolwiek jest interes lekarza, to zawsze przesiadywanie godzinami w aptekach, otwarte ubieganie się o zysk, szkalowanie i intrygi w obec innych kolegów, również wyczekujących na zmiłowanie się chorych, jest tak wstrętném, tak poniżającém godność lekarza tak osobistą jak i fachową, że tylko wschodnim stosunkom można przypisać tolerowanie i poddawanie się podobnemu zwyczajowi. To też Ormijanie i Grecy wyłącznie go podtrzymują. Upokorzenie się we własnéj godności, nie jest tu wystarczającém. Stosunek bowiem z aptekarzem, wzbitym w dumę przez przekonanie, że lekarz dbać musi o jego względy, tak gorzko, ciężko daje się uczuć, że tylko wschodniemu usposobieniu wypada przypisać zdolność posiadania siły do zniesienia wszelkiego rodzaju kaprysów, sarkastycznych min właścicieli aptek, nie żenujących się traktować podobnych lekarzy w sposób niedbały i grubijański. Taki jest jednak zwyczaj! (C. d. n.)

VII. Zjazd II Lekarzy i Przyrodników czeskich w Pradze.

VI.

Docent Dr. J. W. Drozda (Wiedeń). **O źródłach psychicznych czynności ludzkich.**

Już starożytni lekarze i filozofowie mieli przekonanie, że mózg ma przeważny wpływ na psychiczne czynności ludzkie. Przekonanie to z biegiem czasu coraz silniejszą zdobywało podstawę. Prelegent skreśla najpierw w grubych rysach swój pogląd na uporządkowanie i ustrój układu istoty mózgowéj, aby znając dobrze takową można było sumiennie określić te czynniki, którym musimy przyznać wybitny wpływ na czynności psychiczne. Daléj przypomina, że warstwa korowa mózgu na podstawie badań specyjalnych musi być uznana za siedlisko świadomości i na poparcie tego przytacza liczne przykłady. Objaśnia połączenia pojedynczych zwojów téj warstwy za pomocą włókien zbieżnych i zależność czynnościową jednych od drugich. Daléj mówi o odruchach i ruchach dowolnych, określając ich wzajemny stosunek. Po nad światem czysto zmysłowym stwarza sobie człowiek dzięki współdziałaniu warstwy korowéj mózgu nowy świat abstrakcyjnych pojęć i wyobrażeń. W tych znowu częściach mózgu, które przeznaczone są do przyjmowania różnych wrażeń zmysłowych, należy nam oznaczyć miejsca, gdzie te wrażenia nabywają pewnéj świadomości i wywołując dalsze następowe pobudzenia duchowe, utrwalają się i odtwarzają się. Prelegent podaje dokładne określenie poszczególnych zwojów mózgowych w warstwie korowéj, opierając się na najnowszych wynikach doświadczeń patologicznych i określa ich specyjalną funkcyję. Każde znaczniejsze uszkodzenie tych centralnych zwojów, jakotéż zniszczenie częściowe lub całkowite włókien dośrodkowych, przynoszących do mózgu rozmaite wrażenia zmysłowe, lub téż odśrodkowych, przenoszących z mózgu popędy woli do różnych części naszego ciała, będzie miało bezpośrednio w następstwie zmiany chorobowe obwodowe, a to stósownie do ich właściwéj czynności. Nadto uszkodzenie tego rodzaju ma niezaprzeczenie wielki wpływ i na ogólne władze duchowe. Daléj dowodzi prelegent, że czynność duchowa człowieka zwykle przejawia się w wyobrażeniu, myśli, pamięci, sądzie, a wreszcie w indywidualnéj woli i stara się wyjaśnić bliższe związki, jakie między warstwą korową mózgu i pojedynczemi temi objawami duchowéj energii w rzeczywistości istnieją. Jeżeli ma powstać jakie wyobrażenie, to musi nastąpić koniecznie przedtém dokładne wrażenie zmysłowe. Człowiek ślepy od urodzenia nie ma w ogóle wyobrażeń wzrokowych, gdy tymczasem człowiek, który późniéj już zaniewidział, w skutek n. p. zaniku nerwu wzrokowego, posiada i nadal pojęcia wzrokowe i traci je dopiero wtedy, jeżeli odpowiednie części warstwy korowéj mózgu zostaną znacznie nadwerężone. Myśli nasze już są poniekąd sprawą o wiele zawilszą i złożoną. Chodzi tutaj o jeden nieprzerwany łańcuch wyobrażeń, asocyjacyj wciąż odnawianych i powtórnie reprodukowanych. Wielki wpływ na te asocyjacyje ma właściwy każdemu człowiekowi dar sądu, o czém jednak niżéj pomówimy. Chociaż myśli zdają się nam być zupełnie zależnemi od wyobrażeń i pojęć w świadomości indywiduum ustalonych, to jednak widoczném jest,

że i warstwy korowe mózgu mają ogromny wpływ na myśli nasze. Człowiek nie poprzestaje na prostém odtwarzaniu i zwyczajném łączeniu pierwotnych pojęć, przeciwnie on staje się przy współdziałaniu mowy i sądu także twórczym i wytwarza z pojęć tych asocyjacyj nowy i coraz nowy łańcuch myśli i poglądów, które prowadzą go aż na sam kres ludzkiego poznania. Téj tylko jedynie okoliczności przypisać należy, że tak złożony proces bogatego rozwoju myśli w świadomości swojéj uważamy przecie jako jednolity, wyższy jakiś twór psychicznéj czynności. Sumienny jednak rozbiór pojedynczych czynników, mających tutaj znaczenie, wyświetla wszystko w należytym stopniu.

Pamięć określić można jako szczególną modyfikacyję wyobrażeń specyjalnéj energii warstwy korowéj mózgu. Prelegent podaje dla objaśnienia tego stósowne przykłady, z których wynika, że właściwą przyczynową podstawą pamięci jest wielki zbiór zupełnie rozmaitych pojęć, jakie na podstawie stósownych wrażeń powstały i w jednę całość się zlały. Im mniéj wrażeń doszło do naszéj świadomości o jakimś przedmiocie lub téż im niejaśniejsze i niepewniejsze były wrażenia pojedyncze, jakichśmy doznali, tém trudniejsze i więcéj ograniczone będzie powtórne odtworzenie całego łańcucha odpowiednich wyobrażeń, pozostałych w naszéj świadomości i tém łatwiejszém będzie znikanie przedmiotu pewnego z naszéj pamięci. Według najnowszych specyjalnych badań osobna część warstwy korowéj mózgu, tak zwana wyspa Reila jest wyłącznie przeznaczona do czynności łączenia pojedynczych słów, jakoteż grup samogłosek z należnemi do tego pojęciami, względnie ze zgodnym zbiorem licznych pojęć, często zupełnie różnych.

Prelegent daléj przedstawia sposób, w jaki człowiek w swojém dziecięctwie przychodzi do zdolności sądzenia, objaśnia to stósownemi przykładami, z których jeden chcemy tutaj podać. Przypuśćmy, że dziecię ujrzawszy palącą się świecę i nie będąc w stanie przezwyciężyć wrodzonego popędu (jak to zwykle bywa) wyciąga po nią rękę, ażeby za pomocą dotyku uzupełnić swoje wyobrażenie, jakie już przez wrażenie wzrokowe u niego powstało. Uczucie silnego palenia nagle doznane sprawi, że nim to przykre uczucie dojdzie do świadomości dziecka, to jest nim przeniknie do odpowiedniéj części warstwy korowéj mózgu, powstanie już na podstawie szczególnéj budowy anatomicznych połączeń pojedynczych części dośrodkowych pewien ruch zwrotny, który rękę wyciągniętą do świecy usunie z pod wszelkiego niebezpieczeństwa. Naturalnie, że w ten sposób do pierwotnego wrażenia wzrokowego przyłączy się jeszcze wrażenie doznanego przykrego uczucia palenia i uczucia, jakie sprowadził ruch zwrotny, a oprócz tego pozostanie świadomość nadal, że jedynie w skutek mimowolnego tego ruchu przykre uczucie palenia było nagłe usuniętém.

Wszystkie te prawie różnorodne wrażenia, zlawszy się w jedno, zostawią potém stósowne pojęcia w odpowiednich centralnych zwojach warstwy korowéj mózgu, a późniéj jest zupełnie możliwém, że kiedy dziecię znowu ujrzy palącą się świécę, powstanie natychmiast powtórne odtworzenie wszystkich tych wyobrażeń, a zarazem dokładna świadomość właściwego ich między sobą związku, w skutek czego najpierw powstanie przekonanie, że należy się wystrzegać bliższego zetknięcia się ze świécą, ażeby nie powstało znowu przykre uczucie palenia, już przedtém doznanego, w razie zaś jeżeli ręka dziecka znajdzie się w blizkości światła, że należy własnowolnie rękę cofnąć, aby bólu uniknąć. Z tego wynika, że przy sądach pojedynczych chodzi tylko o proste i ścisłe odtworzenie wyobrażeń, przedtém już w świadomości ludzkiéj zatrzymanych. Późniéj jednak częściowa abstrakcyja niektórych wyobrażeń (np. wzrokowych) umożebnia nam sąd analogiczny o innych przedmiotach. Zwykle za pomocą mowy zostaje uzupełnione to, czego się świadomości naszéj za pośrednictwem wrażeń zmysłowych nie dostało. W taki to sposób ogromny zakres ludzkiéj wiedzy powiększa się z dniem każdym i własny indywidualny sąd o jakich bądź przedmiotach doznaje znacznego rozwoju. Że późniéj z powolnie wzrastającą inteligencyją będą możebne i rozległejsze i zawilsze asocyjacyje wzajemnych związków wyobrażeń, to się samo przez się rozumie: duch ludzki buduje bezprzestannie na podstawie poznanych już prawd i postępuje wciąż naprzód tak, że wreszcie przemiana pierwotnego sądu takie przybiera już kształty, że z nich zaledwie z wielką trudnością możemy dojść wątku, po którym domyślamy się pierwotnego źródła powstałego z wrażeń zmysłowych. Teraz jest dla nas zrozumiałém, dla czego naprzykład przy tak zwanym postępującém ogłupieniu znaczniejszy ubytek warstwy korowéj mózgu pociąga za sobą widoczne obniżenie zdolności sądzenia u osób, które na tę chorobę cierpią. Nakoniec należy nam objaśnić powstawanie ludzkiéj woli. Wola ludzka wyraża się przez cały szereg najrozmaitszych objawów, jakie w czynnościach motorycznych należycie się uwydatniają. Prelegent przytacza najprzód to, co już powyżéj wyliczał, objaśniając przyczynowy proces, w skutek którego inerwacyja motoryczna ciała ludzkiego wprowadzona bywa w działanie. W dalszéj części odczytu traktującego o zdolności sądzenia zastanawia się prelegent, w jaki sposób dochodzi człowieka świadomość wzajemnéj zależności pomiędzy uczuciami z jednéj a ruchami z drugiéj strony i widzi w tém ważny czynnik, któremu musimy przyznać znaczny wpływ na regulowanie popędów woli. Oprócz tego zwraca uwagę i na to, że rozmaitym psychicznym czynom człowieka, a to stósownie do ich natury, towarzyszą szczególne równoległe uczucia wybitnéj niechęci lub téż przeciwnie widocznego przyjemnego zadowolenia; to ostatnie spostrzegamy np. w tak zwanych estetycznych przyjemnościach. Prelegent na podstawie nowszych doświadczeń objaśnia właściwą tego przyczynę. Jedynie niezliczonemu ogromowi wszelkich tych, że tak powiemy, fundamentalnych sylab, z których dopiero jako nieunikniony wynik wypływa wola indywiduum, a częstokroć prostemu przypadkowi, że w chwili danéj ten lub ów czynnik wziął górę, należy zawdzięczać, że nam za życia czyny samowolne każdego indywiduum zdają się być czystym jakby wypływem (emanacyją) tak zwanéj swobody woli. Dochodzimy jednak i tutaj do ostatecznego jasnego poznania, że jedynie szczególna konsekwentna zależność, w jakiéj względem siebie znajdują się pojedyncze części centralnéj warstwy korowéj mózgu, umożebnia postęp tak złożonego procesu, który na pierwszy rzut oka zdaje się nam być czynnikiem zupełnie niezależnym, jednakowoż sposobem wyżéj już oznaczonym również może być w pewne formy ujęty.

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie roczne Szpitala dziecięcego św. Józefa w Poznaniu za czas od kwietnia 1881 do marca 1882. Poznań, w 8ce. str. 15.

Szpitalik dziecięcy w Poznaniu coraz bardziéj się rozwija i coraz lepiéj prosperuje. Podczas gdy w roku zaprzeszłym leczono dzieci 2919, w roku zeszłym liczba leczonych w Zakła-

dzie dzieci urosła do pokaźnéj liczby 3,562, t. j. 334 w klinice, 3,228 dzieci w poliklinice. Dzieci chore przyjmowano z całego Księztwa Poznańskiego bez różnicy wyznania i narodowości. Lekarzem ordynującym Zakładu jest Dr. Osowicki, jego zastępcą w danych razach Dr. A. Batkowski. Z dokonanych w zakładzie większych rękoczynów chirurgicznych w roku zeszłym wymieniamy 4 resekcyje, 3 eksartykulacyje, tracheotomiję, tenotomiję, osteotomije itd. Główniejszych operacyj wykonano w roku zeszłym ogółem 96, a 9 razy zakładano opaski gipsowe podług metody Sayre-Beelyego. Przy końcu sprawozdania zestawione są wszystkie w Zakładzie w roku zeszłym obserwowane choroby. W rubryce pt. Choroby zakaźne największą liczbę chorych dzieci, bo aż 394, zawiera rubryka zimnicy. Możeby było nie źle, aby w przyszłych sprawozdaniach dział zimnicy był cokolwiek obszerniéj określony, a mianowicie w jakim czasie zimnica najwięcéj grasowała, w których okolicach miasta i jaki głównie sposób leczenia okazał się najracyjonalniejszym. Tabela zestawiająca wszystkie takie punkta, jak niemniéj biorąca momenta etyjologiczne zimnicy z lat dawniejszych pod skalpel krytyczny i zestawiająca z danych takich ostateczny rezultat, bardzoby była w sprawozdaniu szpitalika rzeczą pożądaną. Statystyczne zestawienia chorób zakaźnych w ogóle za mało dotychczas się u nas i gdzieindziéj praktykują, a koniec końcem chwilowo jest to jeden z najracyjonalniejszych może momentów bliższego poznania téj lub owéj zakaźnéj choroby. Bezpośrednią opieką nad małemi pacyjentami i pacyjentkami w Zakładzie zajmują się z wielką gorliwością od wielu już lat Siostry Miłosierdzia. *S.*

(K. Gr.) Balsamowanie. Zajmujący się we Włoszech balsamowaniem utrzymują w tajemnicy sposób postępowania, a mimo to główne zasady są znane. Balsamowania dokonywają w 5 ustępach. Najprzód wstrzykują zimną wodę do układu naczyniowego aż dopóki nie odpływa całkiem przeźroczysta, to trwa do 5 godzin. Następnie wstrzykują wyskok celem odciągnięcia ciału wszelkiéj wody, poczém wstrzykują eter, aby rozpuścić tłuszcz, co trwa kilka godzin, w ciałach chudych do 2 a w bardzo tłustych i dłużéj niż 10. Potém wstrzykują powoli silny roztwór taninu i pozostawiają go czas dłuższy, aby przeniknął do wszystkich tkanek, co trwa 2 do 5 godzin. Nakoniec wystawiają ciało na wpływ prądu ciepłego powietrza, które pierwéj osuszają poprowadzając ponad ogrzanym chlorkiem wapna. Ciało po takiém postępowaniu może się przechowywać dłuższy czas bez zmiany i jest tak twarde jak kamień. (*The Lancet* 1882, I. Nr. 25).

(K. Gr.) Lancet donosi w Nrze z dnia 24 czerwca rb., że cholera nader silnie pojawia się w Kalkucie, jednak że głównie ogranicza się do dzielnic zamieszkałych przez krajowców.

(K. Gr.) Dr. Walford z Ramsgate donosi do Lancetu o ciekawym przypadku nizkiéj śmiertelności. W mieście Ramsgate w ciągu 14 dni kończących się 3 czerwca 1882 wynosiła śmiertelność w stosunku roku na 1000 mieszkańców zaledwie 5·5. Nie zdarzył się w tym czasie ani jeden przypadek choroby zakaźnéj.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 11—17 czerwca umarło w Krakowie na rok i 1000 mieszkańców 29,8 (32,8 z. t.). Z ospy umarło 2 (4 z. t.); z odry 0 (1 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z krztuśca 2 (0 z. t.); z duru osutkowego 1 (3 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku duru osutkowego, 1 czerwonki, 1 róży. W tygodniu od 7—13 maja ospa w Londynie utrzymywała się w jednakowém nasileniu. Świeżo zapadło 61, umarło 10, leczyło się w szpitalach 311. W Wiedniu umarło 26, w Budapeszcie 8, w Paryżu 20, w Petersburgu 13, w Madrycie od 6—12 marca 53. Odra nie zmieniła się w Amsterdamie, Paryżu, Londynie, Edynburgu; w Kopenhadze złagodniała. W Madrycie panowała odra w połowie marca. Z duru plamistego umarło w Petersburgu 5, w Budapeszcie 4, w Maladze, Murcyi i Saragosie po 3. W Rio de Janeiro umarło z febry żółtéj od 16—31 marca 6 osób.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 7—13 maja umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 35,1; we Lwowie 38,0; w Poznaniu 24,5; w Wiedniu 33,1; w Budapeszcie 37,2; w Pradze 36,6; w Tryjeście 36,0; w Berlinie 24,8; w Wrocławiu 26,3; w Gdańsku 29,1; w Mnichowie 36,9; w Dreźnie 25,2; w Lipsku 22,9; w Bazylei 16,3; w Brukseli 23,9; w Amsterdamie 28,1; w Hadze 25,7; w Paryżu 26,5; w Londynie 19,2; w Kopenhadze 25,8; w Stokholmie 23,8; w Chrystyjanii 23,6; w Petersburgu 39,0; w Odesie 32,1; w Rzymie 30,1 w Wenecyi 28,8; w Bukareszcie 29,6; w Madrycie 53,0; w Aleksandryi 31,4; w Nowym Yorku 31,9; w Filadelfii 20,0; w Bombaju 26,5; w Madrasie 34,0.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 18—24 czerwca śmiertelność ogólna spadla z 29,8 na 21,4 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 3 (2 z. t.); z błonicy 2 (0 z. t.); z krztuśca 0 (2 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 2 odry, 3 błonicy, 1 duru brzusznego, 1 róży. W tygodniu od 14—20 maja umarło z ospy w Wiedniu 28, w Budapeszcie 13, w Pradze 4, w Petersburgu 25, w Paryżu 19, w Madrycie od 12—19 marca 37. Odra jeszcze nie złagodniała w Amsterdamie, Paryżu, Edynburgu. Mniéj z odry umierało w Kopenhadze. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 9, w Granadzie 5, w Wiedniu 2.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 14—20 maja umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,8; we Lwowie 38,9; w Poznaniu 22,1; w Wiedniu 34,5; w Budapeszcie 32,2; w Pradze 38,0; w Tryjeście 34,6; w Berlinie 22,7; w Wrocławiu 31,5; w Gdańsku 26,0; w Mnichowie 30,6; w Dreźnie 22,0; w Lipsku 21,0; w Bazylei 22,0; w Brukseli 25,8; w Amsterdamie 23,3; w Paryżu 24,7; w Kopenhadze 22,5; w Stokholmie 18,8; w Chrystyjanii 14,9; w Petersburgu 39,0; w Odessie 27,9; w Rzymie 27,3; w Wenecyi 37,0; w Madrycie 49,2; w Aleksandryi 30,7; w Nowym Yorku 35,3; w Filadelfii 26,4; w Bombaju 25,4. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 5 lipca. Głośny z powodu oskarżenia się o zamordowanie Baloghówny młodzieniec Ferdynand Waschauer uznany przez psychijatrów sądowych za moralnie obłąkanego, a przytém obłąkanie udającego, odesłany został przez Sąd do oddziału obserwacyjnego szpitala powszechnego, zkąd po sprawdzeniu jego obłąkania temi dniami przesłany został do zakładu krajowego w Bernie morawskiém. Tym sposobem sprawa ta ostatecznie załatwioną została; orzeczenie sądowolekarskie o stanie umysłowym Waschauera drukuje się od kilku tygodni w *W. med. Woch.*, poczém nastąpi zapewne sprawozdanie z czynności sądowolekarskich, wykonanych w téj sprawie po wznowieniu dochodzenia sądowego.

* W Cieplicach czeskich do d. 2 lipca było gości 4490, w Krynicy 1108.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Szczawnica d. 1go lipca 1882. W porze nieustających reklam dla zdrojowisk nie będę dziś szan. czytelników niemi zajmował, gdyż wiem, że mają ich w każdym dzienniku dosyć. Urywek ze stosunków naszego zawodu przy zdrojach będzie za to przedmiotem obecnego mojego listu.

Od lat kilku lekarze tutejsi otrzymywali często, a nieraz i od zamożnych nawet chorych, tak nizkie i upokarzające honoraryja, ba — czasem i żadne, że w zeszłym jeszcze roku byliśmy zmuszeni zapobiedz złemu. Oto fakta niektóre: Dr. S. został w nocy zbudzony i wezwany do chorego dziecka. Po przybyciu i zbadaniu takowego oświadczył, że pacyjentowi nic nie brakuje. Uradowani rodzice oprócz ustnego podziękowania nie wynagrodzili niczém innem doktora z powodu, że nie napisał recepty do apteki. Dr. N. za 6 tygodniową kuracyję rodziny z 3ch osób złożonéj, przybyłéj z panną służącą, lokajem i kucharzem, otrzymał w końcu 10 złr. Dr. T. dostał za całą kuracyję zmiętą, starą receptę Dra S. Innemu znów koledze wsunęła do ręki wdzięczna pacyjentka spis bielizny do prania zamiast banknota. Kolega D. otrzymał za 63 wizyt, z tych 7 nocnych, 30 złr. Ilu zaś pacyjentów, przyrzekając wynagrodzenie po ukończeniu kuracyi, wynosi się ze Szczawnicy cichaczem, tego najskrupulatniejszy reporter nie zliczy. Lekarzy zbywa się zwykle guldenem lub dwoma, czasem idealném niczém, a za oszczędzony w ten sposób na ich pracy i staraniach grosz kupuje się i wyrzuca nieraz setki guldenów na koronki, kokardki, kwiatki itp. fraszki. Przed kupcem i kramarzem nie żal się popisać ze swą rozrzu-

tnością; ale lekarza, któremu się powierza swoje zdrowie i życie, zbywa się byle czém. Otóż dla położenia tamy tego rodzaju nadużyciom, ustanowiono tutaj taksę, w któréj wyrażone jest życzenie, aby każdy chory składał lekarzowi honoraryjum zaraz po konsultacyi. Ceny w téj taksie podane są następujące: 1) Za pierwszą i ostatnią poradę, połączoną zwykle ze ścisłém badaniem chorego, 5 złr. 2) Za każdą następną poradę w mieszkaniu lekarza 2 złr. 3) Za poradę następną w mieszkaniu chorego 3 złr. 4) Za naradę wspólną (consilium) każdemu lekarzowi 5 złr. 5) Za wizytę nocną 6 złr. Naturalnie, dodano, że osoby mniéj zamożne doznają uwzględnienia ceny ze strony lekarzy. Taksy te miały być umieszczone w poczekalniach lekarzy, tudzież w mieszkaniach zakładowych i prywatnych. W tym celu udano się do Zarządu o pozwolenie wykonania tego postanowienia, lecz p. Prezes Akademii Umiejętności, będącéj właścicielką Szczawnicy, sprzeciwił się temu.

W roku bieżącym odbyło się drugie posiedzenie lekarzy zdrojowych w Szczawnicy, celem ponownego omówienia téj kwestyi. Taksę uznaliśmy znów za konieczną i odpowiednią, ale byliśmy zdziwieni dla czego p. Prezes Akademii nie dozwolił na wywieszenie jéj w mieszkaniach zakładowych. Jeżeli Zarząd wywiesza publicznie swoje taksy kuracyjne, za muzykę, mieszkania, kąpiele itp., dla czegóż odmawiać tego prawa lekarzom, którzy swemi zachodami i pracą bodaj czy nie najwięcéj przyczyniają się do wzrostu i pomyślności Szczawnicy. Nie szpiczaste wieżyczki kursalonu, nie apartamenta i pojazdy zakładowe przyciągają w te strony coraz liczniejszych gości, ale ogół lekarzy, ale przeważnie starania lekarzy zdrojowych. Czyżby ceny taksy naszéj miały być za wysokie? Nie, są one nawet skromne. Czyżby w ich ogłoszeniu dopatrzeć się można jakiéjś niewłaściwości? Wątpię. Jak to, nie zadziwia nas wcale ani gorszy, gdy mistrze, z gwiazdą genijuszu na czole, nakładają i to grube ceny na swoje płótna, poezyje, rzeźby i tony, gdy adwokat kładzie nam taksę za obronę honoru, słuszności i sprawiedliwości, a miałoby gorszyć kogo ustanowienie miernéj ale stałéj taksy przez lekarzy, za ich pracę, opiekę i starania około największego i nieocenionego dobra, jakiém jest zdrowie dla człowieka? Więc ze wszystkich stanów tylko lekarz ma być pozostawiony samowoli i dyskrecyi swych pacyjentów? Dla czego? Wszak Towarzystwo lekarzy galicyjskich, jeszcze przed 4ma laty, pod prezydencyją Dra Biesiadeckiego uchwaliło w zasadzie potrzebę taksy lekarskiéj i rozesłało swoim członkom gotowe w téj sprawie blankiety. Koniec końców, jak na dziś, uchwaliliśmy, aby każdy z lekarzy zdrojowych wspomnianą wyżéj taksę zawiesił, dla wiadomości pacyjentów, w pokoju, w którym ordynuje.

Nareszcie w celu usunięcia w Szczawnicy niektórych braków niezbędnie potrzebnych dla wygód przybywających chorych, a powstrzymania niejednych niepotrzebnych wydatków ze strony Akademii, nieprzynoszących dla chorych żadnego pożytku, grono lekarzy tutejszych przesłało Akademii Umiejętności następującą odezwę.

„Wysoka Akademijo! Gremijum lekarzy praktykujących w Szczawnicy pragnąc przyjść w pomoc dążnościom ulepszenia Zakładu zdrojowego podjętym przez Wysoką Akademiję, postanowiło odbywać w biegu sezonu kąpielowego regularne posiedzenia, na których rozstrzygane będą kwestyje żywotne Zakładu i udzielane wzajemne uwagi. Spostrzeżenia te będą podane do wiadomości Wysokiéj Akademii. A ponieważ pochodzić one będą od ludzi Zakładowi całém sercem przychylnych, fachowych i od lat wielu przypatrujących się rozwojowi i biegowi rzeczy w zdrojowisku, gremijum lekarzy nie wątpi, iż wiadomość o jego zamiarach będzie przez Wysoką Akademiję życzliwie przyjętą.“

Odezwa ta rzeczywiście przyjętą została przez Akademiję z przyjemnością i podziękowaniem; a jak odpowiedź jéj z dnia 26 czerwca r. b. opiewa: — „Komitet Administracyjny także starać się będzie, aby słusznym żądaniom i życzeniom zadosyć się stało.“ *Dr. Onufry Trembecki* w imieniu kolegów.

* **Berlin.** Znany z prac swoich mykologicznych członek urzędu zdrowia w Berlinie Dr. Koch otrzymał tytuł tajnego radcy rządowego.

□ **Paryż.** Praktyczne wykłady i demonstracyje z medycyny sądowéj, które odbywały się w trupni (Morgue), są czasowo zawieszone z powodu zapadnięcia się części budynku. Prof. Brouardelowi i jego uczniom zaledwie z biedą udało się ujść z życiem, przypadek bowiem zdarzył się właśnie, gdy byli zgromadzeni w amfiteatrze.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga.** Docenci prywatni Dr. Kahler i Ganghofner mianowani zostali nadzw. profesorami szczegółowéj patologii i terapii, a lekarz zdrojowy w Maryjenbadzie i docent prywatny Dr. Ott otrzymał tytuł i charakter profesora nadzw.—Docent prywatny i zastępca prof. Dra Hofmeister przedstawiony został na nadzw. prof. farmakologii. — Prof. Hering wybrany został rektorem niemieckiego Uniwersytetu w Pradze.— **Berlin.** Po odmówieniu ze strony Billrotha prof. Volkmann z Hali proponowany został jednogłośnie na następcę Langenbecka. — **Gryfija.** Opróżnioną po Hüterze katedrę objął zastępczo prof. Vogt; jako stałego następcę Hütera proponował Langenbeck docenta Mikulicza z Wiednia.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 26: Rejchmana Przypadek wzmożonego wydzielania soku żołądkowego; Korczyńskiego: O zdrojach morszyńskich (dok.); Rubinsteina: Zboczenie porodowe wywołane przez nadmierny wymiar barkowy płodu. — W *Medycynie* Nr. 26: Korczyńskiego: Uwagi i spostrzeżenia kliniczne. III. Przyczynek do etyjologii i rozpoznawania wrzodów gruźliczych pierwotnych w jelitach.

Redakcyja otrzymała:

Prof. ADAMKIEWICZ: O wiądzie rdzenia pacierzowego. (Osobne odbicie z Przeglądu Lek.) Kraków 1882, in 8vo str. 15 z 2 rycinami.

Antoni ORŁOWSKI: Rozbiór chemiczny wód mineralnych w Sławinku, Lubień 1882, in 8vo str. 81.

HÜBNER: Vzpominka na Doc Dra Fr. Novotného, V Praze 1882, in 12o str. 19 (z podobizną).

Jest to życiorys Dra Franciszka Novotnego, przed 3 laty zmarłego fizyjologa czeskiego, asystenta Purkynego i docenta w Uniw. prazskim, autora wielu rozpraw treści fizyjologicznéj w języku czeskim napisanych. N. urodził się w r. 1839).

Dr. Ignacy CZERWIAKOWSKI. Weteran z r. 1831. *De mortuis nil nisi vere* (in 8vo str. 21).

(Jest to życiorys zmarłego nie dawno prof. botaniki w Uniw. Jagiell., nie wiemy przez kogo i w jakiém czasopiśmie napisany. Tyle tylko z odbitki się dowiadujemy, że rozprawka napisaną została w Krakowie w kwietniu rb. przez H. B. i drukowaną w Poznaniu. Po godle: *De mortuis nil nisi vere* spodziewaliśmy się surowego ocenienia działalności nieboszczyka, tymczasem spotkaliśmy się z prawdziwie bizantyńskiém wychwalaniem zasług nie tylko prof. Czerwiakowskiego, ale i kilku żyjących jeszcze członków tutejszego Wydziału filozoficznego; po literach początkowych autora domyśliliśmy się pisarza świeckiego, tymczasem bijografija napisaną jest z namaszczeniem kapłańskiém i ze stanowiska kościelnego.

Piśmiennictwo lekarskie. ASPER-LIMAN. J. L. Casper's Handbuch der gerichtlichen Medicin. Neu bearb. u. verm. von C. Liman 7 Aufl. 2 Bd. gr. 8. Berlin, Hirschwald. M. 20. compl. M. 38.

CRAMER G. Die Mängel der Milchkontrole m. besond. Berücksicht vorgekommener Fehler. gr. 8. Biel. Kuhn. M. 80.

Na portret śp. prof. Kozubowskiego nadesłali: Dr. Kwaśniewski (z Lublina) 2 rsr., a Dr. Ulanowski (z Lublina) 1 rsr. Razem więc wynoszą składki 42 złr. i 3 rsr.

Do Nru dzisiejszego załącza się dla prenumeratorów po za obrębem Cesarstwa austryjackiego: Porządek domowy w zakładzie przyrodoleczniczym na Klemensówce w Zakopaném.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 15 lipca 1882. № 28. Rok XXI.

I. Z prosektoryjum szpitala powszechnego we Lwowie.

Wrzód gruźliczy żołądka.

Napisał Dr. Wilh. Pisek.
(Według wykładu w Sekcyi lwowsk. Tow. lek. gal. w d. 18 marca 1882).
(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

Błona śluzowa jelita czczego i biodrowego blada, cienka, skrzętnie w całéj swéj rozciągłości badana nie wykazuje żadnych zmian chorobowych. Kępki Peyera i gruczołki odosobnione w dolnym odcinku jelita biodrowego zaledwie tylko widoczne. Toż samo i jelito grube wraz z odbytnicą przedstawia się jako zupełnie prawidłowe.

Wątroba rozmiarów prawidłowych, na torebce rozsiane są nieliczne drobne guzki białawe, wpół przeświecające, wielkości ziarna maku lub prosa. Miąższ na przekroju gładki okazuje wszędzie dość wybitny rysunek zrazików o wązkich żółtawych obwódkach. Gruzełków, pomimo uwagi na ten szczegół zwróconéj, wykazać wśród miąższu nie można. Spójność wątroby niezmieniona. Pęcherzyk żółciowy, przewód jego jak i przewód wątrobowy niezmienione.

Śledziona nieco powiększona. Torebka w kilku miejscach okazuje rozległe mleczno białe zgrubienia chrząstkowatéj prawie twardości, nieregularnego kształtu. Nadto miejscami spostrzedz można na torebce rozsiane nieliczne drobne guzki podobne do tych, jakie na torebce wątrobowéj się znachodzą. Na przekroju miąższ jednostajnie ciemnoczerwony, gładki, okazuje gdzieniegdzie wyraźne ciałka Malpighiego, obok dokładnie rozeznać się dających gruzełków.

Nerki obie wielkości prawidłowéj. Torebka cienka schodzi łatwo z powierzchni gładkiéj żółtawéj. Na przekroju kora prawidłowo szeroka w dość wyraźnéj budowie pasmowéj, żółtawa, wyraźnie od piramid odgraniczona. Piramidy ciemno-czerwone nie wykazują zmian. Spójność miąższu nerkowego prawidłowa. Błona śluzowa miedniczek nerkowych blada, gładka i cienka; miąższ jednostajnie ciemnoczerwony gładki okazuje gdzieniegdzie wyraźne ciałka Malpighiego, obok dokładnie rozeznać się dających „gruzełków“ i serowatych guzków gruźliczych. Moczowody, pęcherz, gruczoł krokowy, jak niemniéj i oba jądra, dokładnie badane, nie przedstawiają zboczeń chorobowych.

Przytoczyłem Panom może zbyt drobiazgowo wynik oględzin pośmiertnych, lecz mniemam, że przy opisie mniéj znanych lub rzadziéj na stole sekcyjnym wydarzających się zboczeń chorobowych nigdy dość dokładnym być nie można. Z podanych szczegółów wynika, że miałem przed sobą rzadki przypadek wrzodu gruźliczego żołądka, a właściwie żołądka i górnego odcinka dwunastnicy, bez zmian gruźliczych reszty jelit, że miałem przed sobą przypadek, który należał do nader wyjątkowych, jak przegląd dostępnéj mi literatury wykazywał. Przyroda i jakość owrzodzenia w żołądku najmniejszéj nie ulegała wątpliwości [1]). Wejrzenie i sposób rozmieszczenia się, obecność niewątpliwa drobnowidowo zbadanych gruzełków, obok całego wyniku sekcyi kazała stanowczo rozpoznać wrzód gruźliczy. Toż samo dotyczy i ubytków znachodzących się w dwunastnicy.

Jakkolwiek przypadek niniejszy szczególniéj by się nadawał do roztrząsania kwestyi etyjologii i rozpościerania się gruźlicy, kwestyi kolejności rozwoju poszczególnych zmian, a przypominam tylko Panom, że podobny przypadek Klebsa dał właściwie pochop do doświadczalnego żywienia zwierząt produktami gruźliczemi, to przecież wolę tylko zwrócić uwagę na kilka głównych punktów dotyczących wyłącznie wrzodu gruźliczego żołądka.

I tak pierwsze pytanie odnosi się do historyi rozwoju

[1]) W dyskusyi, która nad tym przedmiotem toczyła się w Tow. lek., zwrócono uwagę i na kiłę czasem się wydarzającą. (Zob. sprawozd. z posiedz. z dnia 18 marca 1882).

wrzodu gruźliczego. Analogiję z owrzodzeniami w jelicie cienkiém trudno wyszukać, brakuje nam bowiem w żołądku tych elementów, które są punktem wyjścia dla gruźlicy jelit, t. j. mieszków odosobnionych. Zdaje się tedy, iż pierwotnie istnieje tylko naciek gruźliczy w tkance podśluzowéj, zwykłéj siedzibie tych zmian, która, przechodząc kolejno zmiany wsteczne, sprowadza równocześnie owrzodzenie błony śluzowéj, tak jak nekrotyzuje błona śluzowa nad naciekłym, serowato przeobrażonym mieszkiem odosobnionym. Według dotychczasowych nielicznych spostrzeżeń, w których siedzibą zmian gruźliczych bywa przeważnie okolica odźwiernika, mniéj często wpust żołądka, wypada zatém, że gruzełki, nacieki gruźlicze, zazwyczaj w tychże częściach żołądka mieścić się mogą.

Początkowy obraz zmian gruźliczych, zdaje się miał Hattute [1]) przed sobą, który opisuje u mężczyzny 47 lat liczącego: „Gruźlicę prosówkową otrzewny obok większych guzków gruźliczych nieregularnie po niéj rozsianych . . . . Znaczne powiększenie rozmiarów żołądka skutkiem zwężenia odźwiernika. Zwężenie to zostało wywołane przez nader liczne guzki pierścieniowato po całym odźwierniku rozmieszczone, podczas gdy błona śluzowa tu i owdzie była zniszczoną“. Guzki owe, których liczba musiała być niezwykle wielką, gdy skutkiem nich rozstrzeń żołądkowa powstać mogła, nie były niczém innėm jak guzkami gruźliczemi, naciekami w tkance podśluzowéj, stanowiącemi punkt wyjścia dla późniejszych owrzodzeń.

Żółtawe guzki, czyli nacieki gruźlicze w tkance podśluzowéj usadowione, stanowią tedy punkt wyjścia dla owrzodzeń gruźliczych żołądka. Do nich to odnoszą się nader ogólnikowo wypowiedziane słowa Klebsa (l. c.): *Indessen kommen doch bisweilen isolirte graue Knoten vor, die nicht als präexistirende Lymphfollikel betrachtet werden können, vielmehr durch ihr glasiges, durchscheinendes Aussehen im jüngeren, ihre käsige Umwandlung im höheren Alter, sich als wahre Tuberkel legitimiren;* znachodzą się one i we wrzodach już wyraźnych, lecz tylko w częściach obwodowych i na dnie wrzodu; wykazują nam one, jak wrzody gruźlicze się powiększają. W tym względzie niczém tedy nie różnią się wrzody gruźlicze żołądka od wrzodów gruźliczych gdzieindziéj się sadowiących.

Guzki żółtawe w części serowate znachodziły się i w moim obecnym przypadku w częściach obwodowych ubytku. Również i w przypadku pierwszym Chvostka [2]), gdzie „tak brzegi ubytku jak niemniéj i podstawa tu i owdzie zawierają szaro-żółte guzki“.

Dalszy los owrzodzeń gruźliczych żołądka, jak to widać z przypadku Chvostka i przypadku Paulickiego *(Berl. klin. Wochenschrift, 1867, Nr. 34* i Klebsa podręcznik I t. p. 187) po części i naszego, odpowiada w zupełności wrzodom gruźliczym jelit.

Drugie pytanie, które nas w téj chwili zajmuje, dotyczy usadowienia się wrzodu gruźliczego. W téj nieznacznéj ilości przypadków, jaką znamy (Förster, Rokitansky (3 t. str. 177) Klebs, (1 t.) siedzibą owrzodzeń wyjątkowo był wpust żołądka, zazwyczaj bywała tą zmianą dotknięta okolica odźwiernika, podobnie jak się najczęściéj rzecz ma i z usadowieniem się wrzodu dziurawiącego *(Ulcus rotundum, perforans ventric.).* Jeszcze w jednym punkcie wrzód gruźliczy zgadza się z tym wrzodem, że oba z upodobaniem nawiedzają tylną ścianę żołądka, sąsiedztwo krzywizny małéj. Dla czego przeważnie tylna ściana ulega zniszczeniu i to w tym małym, dość ściśle ograniczyć się dającym, zakresie, na to do dnia dzisiejszego zadowalającéj odpowiedzi nie mamy. Żadne ze znanych a licznych tłumaczeń nie wystarcza. Kwestyja ta była przedmiotem studyjów moich w roku zeszłym jeszcze jako asystenta w Zakładzie. pat. anat. w Krakowie. Dokładnemi injekcyjami naczyń krwionośnych (metodą Teichmanna) żołądka, starałem się śledzić różnice w unaczynieniu ściany tylnéj od przedniéj. Od ogłoszenia wyników na teraz wstrzymuję się do czasu, w którym ukończę poszukiwania odnośne [1]). Na teraz stwierdzamy tylko fakt, że i wrzody gruźlicze co do usadowienia się trzymają się tych samych okolic, co wrzód dziurawiący żołądka.

Trzecie pytanie dotyczy ilości owrzodzeń gruźliczych, jakie obok siebie w żołądku sadowić się zwykły. Według dotychczasowych spostrzeżeń ilość ta może być bardzo różną. Zazwyczaj bywa tylko jeden wrzód tak jak to w niniejszym przypadku było, w III (wzgl. I) przypadku Chvostka, rzadziéj zaś znachodzi się kilka mniejszych odpowiadających zresztą wszystkiemi innemi cechami prostemu wrzodowi gruźliczemu (Bignon, Hattute, Chvostek). Nadto zauważył Chvostek w swym przypadku, gdzie kilka było drobniejszych owrzodzeń gruźliczych, że i wpust jak niemniéj i okolica krzywizny większéj, co jest nader wyjątkowém, była zajętą. Ubytki te jednakowoż były drobne i nie pierwotne, za czém zdaje się opis przemawiać, tylko jeden raz spostrzeżono dotąd wrzód gruźliczy przy krzywiźnie dużéj żołądka, w przypadku IIIcim, o którym powyżéj wspomniałem.

Odnośnie do zmian gruźliczych w innych trzewach to zbyt mało mamy dat, iżbyśmy uprawnieni byli do stanowczych w téj mierze wniosków. Autorowie podają, iż zazwyczaj istnieje gruźlica płuc i takowa stanowi punkt wyjścia dla zmian gruźliczych, oczywista następowych, w żołądku. Tak jednakowoż rzecz się nie ma, przynajmniéj nie zawsze. Pierwszy przypadek, który opisuje Chvostek, dotyczy pierwotnéj gruźlicy otrzewny i opłucny spostrzeganéj, jak mówi, dość często u wojskowych załogi wiedeńskiéj, a w przypadku Hattuta zmiany gruźlicze pierwotne dotyczyły gruczołów krezkowych, podczas gdy „płuca były zupełnie prawidłowe.“ Pomimo tego jednakowoż „pierwotnéj gruźlicy żołądka“ dotąd nie znamy.

Czy punkt wyjścia sprawy gruźliczéj wpływa na jakość zmian gruźliczych w żołądku, na to nie mamy odpowiedzi dostatecznéj, i dotąd jéj mieć nie możemy, dopóki liczniejszych nie będzie spostrzeżeń.

W końcu jeszcze na jeden punkt zwrócić musimy uwagę. Przypuszczamy zazwyczaj, że gruźlica żołądka towarzyszy rozległéj gruźlicy jelit. W tym duchu wyrażają się Rokitansky, Klebs, Birch-Hirschfeld, Förster *(Handbuch II Auflage, 183 S. 81: Tuberkel im Magen gehören zu den* **grössten Seltenheiten** *und finden sich nur bei sehr ausgedehnter, auch auf Jejunum und Duodenum verbreiteter Darmtuberculose)* i inni autorowie. Zdanie to głoszą autorowie,

[1]) *Ulcère tuberculeux de l'estomac, tuberculisation de l'estomac. Gaz. des hôp. 1874. Nr. 108.*

[2]) *Wiener med. Blätter* z 16 lutego i 23 lutego r. b., drugi przypadek dotyczy przedziurawienia gruczołu serowato przeistoczonego do żołądka.

[1]) Preparaty, z których kilka wykazuje znakomitą wyższość metody prof. Teichmanna dla injekcyj mikroskopowych, znajdują się w Zakł. pat. anat. Uniw. Jagiell.

którzy mieli sposobność widzenia podobnych przypadków, i tacy, którzy jéj nie mieli. Otóż nasz przypadek i niemniéj przypadek Chvostka wykazują mylność powyższego twierdzenia. Pomimo najskrupulatniejszego szukania nie można było wykryć, z wyjątkiem bezpośrednio do żołądka przytykającego odcinka dwunastnicy, zmian (wzgl. gruźliczych) w jelitach. Szczegół ten, zdaniem mójém, czyni właśnie przypadek niniejszy niezwykłym i nadaje mu znaczenie wyjątkowe. Możemy tedy wypowiedzieć twierdzenie, że: **wrzód gruźliczy żołądka zjawiać się może i bez gruźlicy jelit cienkich lub okrężnicy.**

Co do szczegółowego rozpoznania za życia, to takowe, jak wynika z oświadczeń tych autorów, którzy kwestyje tę omawiają, było niemożebném. W niektórych przypadkach był nawet zupełny brak objawów, w innych niektóre przypady żołądkowe zdawały się wskazywać bliżéj określić się niedające zmiany w żołądku.

II. Kazuistyka sądowolekarska.

Sprawozdanie z ważniejszych przypadków podał prof. Dr. Blumenstok.

X. Wątpliwe dzieciobójstwo.

(Dokończenie. Patrz. Nr. 27).

1) Badanie Maryjanny P., uskutecznione w d. 29 stycznia rb. wykazało, że badana rodziła po raz ostatni przed kilkunastu dniami najdaléj, z czego wynika, że podanie, iż rodziła d. 21 stycznia rb., ze stanowiska lekarskiego zasługuje na wiarę.

2) Sekcyja wykazała z pewnością, że dziecko jéj było całkowicie donoszone, twierdzenie zatém Maryjanny P. uczynione przed żandarmem, jakoby tylko przez 4 miesiące była brzemienną, okazuje się z prawdą niezgodném.

3) Próba płucowa wykazała, że dziecko w mowie będące nie oddychało, a więc oświadczyć się musimy za tém, że się urodziło nieżywém, a przynajmniéj nie ma na to dowodu, jakoby się żywém urodziło.

4) Wprawdzie oddychanie a życie dziecięcia, a raczéj nieoddychanie i śmierć dziecięcia nie są pojęciami identycznemi, i znane są przypadki, w których dziecko przyszedłszy na świat nie oddychało a przecież żyło, jak tego dowodziło bicie serca, i z tego powodu w odpowiedzi na pytanie c. k. Prokuratoryi (*ad d*) nie możemy wykluczyć możebności, że dziecko Maryjanny P. żyło jakiś czas, pomimo, że nie oddychało, i że w takim razie mogłoby może być utrzymaném przy życiu, gdyby pomoc stósowna była pod ręką; jednak jest to tylko przypuszczenie, którego w danym razie stwierdzić nie można.

5) Z tego samego powodu nie możemy udzielić odpowiedzi pewnéj na pytanie *e*, czy Maryjanna P. nie stała się przyczyną śmierci swego dziecięcia przez nieudzielenie mu pomocy potrzebnéj przy porodzie; nie wiemy bowiem, czy pomoc ta byłaby się na coś przydała, skoro nie mamy dowodu, że dziecko urodziło się żywém.

6) Co się tyczy przyczyny śmierci (pytanie *b)* to sekcyja takowéj nie wykazała i dlatego nie jesteśmy w stanie odpowiedzieć na to pytanie. Przekrwienie mózgu (Nr. 13 prot. sekc.) w danym przypadku jest wątpliwém, skoro mózg był już papkowatym, rozłażącym się; a jeżeli pp. obducenci mieli na myśli przekrwienie opony twardéj (Nr. 12 prot. sekc.), to takowe może być pośmiertném, albo następstwem samego aktu porodu.

7) Przekrwienie wątroby, śledziony i otrzewny (pytanie *c)* nie ma żadnego znaczenia; przekrwienie wątroby nadto jest zwykłym objawem życia płodowego. Natomiast znaczne przekrwienie płuc bezpowietrznych domyśleć się każe uduszenia się dziecięcia podczas porodu, np. skutkiem ugniecenia pępowiny; ponieważ jednak w protokóle sekcyjnym nie ma wzmianki o obecności części składowych potoku w drogach oddechowych i w uchu środkowém, przypuszczenie to nasze przypuszczeniem tylko pozostać musi.

8) Żadną miarą atoli przekrwienie płuc, wątroby, śledziony i otrzewny nie jest następstwem działania mrozu, bo zimno działało na dziecko już martwe, a następstwem tego działania są tylko jasno-czerwone plamy pośmiertne opisane pod l. 4 prot. sekc.

9) Na zapytanie, czy obwiniona umyślnie sprowadziła poród taki, iż dziecko urodziło się nieżywém (§. 144 k. k.), również nie możemy udzielić odpowiedzi ściślej, ponieważ nie mamy żadnego dowodu, aby Maryjanna P. „przedsięwzięła jakiś czyn, któryby był powodem takiego rozwiązania, iż dziecko przyszło na świat nieżywém,“ samo bowiem odbycie porodu na polu w porze zimnéj nie jest takim czynem, bo skutkiem tego dziecko żywo urodzone mogłoby umrzeć, ale nie rodzić się nieżywém.

10) W obec wyniku sekcyi żadną miarą nie możemy orzekać bardziéj stanowczo i dodatnio; tyle jednak wypowiedzieć możemy, że podania Maryjanny P. są niezgodnemi z prawdą, a w szczególności:

a) nie jest prawdą, aby Maryjanna P. tylko przez 4 miesiące była brzemienną;

b) nie jest prawdopodobném, aby przez poród zaskoczoną została, albowiem

α) nie rodziła po raz pierwszy, a więc mogła się poznać na bólach porodowych, a bóle te najprawdopodobniéj trwały przez noc całą;

β) poród ostatni odbyła w sposób całkiem podobny jak pierwszy w r. 1876.

c) nie jest prawdą, aby po urodzenia się dziecka z osłabienia nie mogła się utrzymać na nogach, albowiem

α) gdy dziecko nie wyszło razem z łożyskiem, była w stanie wyrwać pępowinę;

β) przemawiają przeciw temu zeznania siostry.

d) nie jest prawdą, jakoby przez 2 tygodnie przed porodem nie czuła ruchów dziecięcia, bo dziecko nie urodziło się zmacerowaném.

W skutek powyższego orzeczenia wypadało zaniechać śledztwa o dzieciobójstwo. Maryjanna P. zatém tym razem wyszła szczęśliwiéj, aniżeli pierwszym, jakkolwiek okoliczności, towarzyszące drugiemu porodowi, nie różniły się wcale od warunków, wśród których nastąpił pierwszy. Inaczéj jednak orzeczenie opiewać nie mogło, skoro przy sekcyi nie stwierdzono obecności powietrza w płucach, skoro zatém wcale nie można było wykluczyć możności, że dziecko urodziło się nieżywém. Wprawdzie Prokuratoryja broniła oskarżenia aż do upadłego, a pytanie jéj, czy okoliczność, że dziecko nie oddychało, wyklucza możność, iż ono urodziło się żywém, było zupełnie uzasadnioném, ponieważ nieoddychanie noworodka jeszcze nie dowodzi, że takowy urodził się nieżywy. W orzeczeniu sądowolekarskiém atoli nie rozchodzi się o sprawdzanie teoryj, lecz o stwierdzenie faktu w przypadku danym; przypuszczając więc w zasadzie, jak wypada, że dziecko mogło żyć, pomimo że nie oddychało,

nie oddaje się żadnéj usługi oskarżeniu, a daléj posunąć się w orzeczeniu niepodobna w obec braku wszelkich podstaw, skoro poród odbył się potajemnie. Inaczéj przedstawia się rzecz w klinice lub szpitalu, jeżeli świadkowie porodu, zwłaszcza kompetentni, stwierdzają objawy życia u noworodka, pomimo, że nie oddycha, — a całkiém inaczéj w porodzie zatajonym. To też wiadomo każdemu lekarzowi sądowemu, że zarzuty czynione próbie płucnéj w teoryi są uzasadnione, w praktyce atoli zazwyczaj nie mają znaczenia.—Prokuratoryja snać przewidziała, że niepodobna będzie znawcom udzielić na to pytanie odpowiedzi tak ścisłéj, jaka pożądaną jest, aby módz oskarżenie o dzieciobójstwo utrzymać w obec przysięgłych; dlatego podała pytanie ewentualne, czy nie zachodzi podejrzenie, „iżby obwiniona umyślnie wywołała poród taki, że dziecko urodziło się nieżywém (§. 144 u. k.),“ a więc pytanie odnoszące się do spędzenia płodu. Jednak i to pytanie nie mogło mieć powodzenia, ponieważ przez spędzenie płodu rozumie ustawa czynność umyślnie przez kobietę brzemienną przedsięwziętą, sprawiającą poronienie lub takie rozwiązanie, że dziecko przychodzi na świat nieżywém; do posądzenia Maryjanny P. o podobną czynność w aktach nie było żadnéj podstawy, a rodzenia na polu śród mrozu nie można uważać za taką czynność.—Jedno z pytań Prokuratoryi wreszcie pozostawiliśmy bez odpowiedzi, a mianowicie, czy dziecko było zdolném do życia. Już przy innéj sposobności zwróciłem uwagę, że obowiązująca obecnie ustawa o postęp. karn. nie żąda od znawcy zdania co do „zdolności do życia,“ a lekarz, któremu to pytanie całkiem zbyteczne nigdy nie było na rękę, najstósowniéj pomija je milczeniem, jeżeli na mocy przyzwyczajenia sędzia lub oskarżyciel jeszcze obecnie takowe wydobywa z arsenału historycznego.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Catiano (w Berlinie): **O zaburzeniach powstałych skutkiem rozległych oparzeń.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 27).

Przechodząc kolejno zmiany napotykane w zwłokach osób zmarłych po niejakim czasie po oparzeniu, stara się autor wszystko wytłumaczyć przez działanie kwasu pruskiego lub jego przetworów, powstających we krwi. Uwadze jego nasuwają się najprzód zmiany napotykane w przewodzie pokarmowym: wrzody w dwunastnicy lub nieżyt rozległy na błonie śluzowéj jelit, który będąc powodem uporczywéj biegunki przyspiesza częstokroć zejście śmiertelne. Najrozmaitsze teoryje istnieją co do powstawania tych powikłań. Co do pierwszych muszą tu zachodzić podobne stosunki, jak śród tworzenia się wrzodu okrągłego w żołądku: działanie soków trawiących na miejsca pozbawione przybłonka obok niedostatecznego zobojętnienia kwasu żołądkowego przez krew alkaliczną w naczyniach błon śluzowych niewypełnionych należycie już to skutkiem zatorów już też to skurczu naczyń. Alkaliczna wydzielina trzustki zobojętnia działanie soku żołądkowego, dla tego zmiany te napotykamy przeważnie w samym początku dwunastnicy, jak pojawiają się po podaniu zwierzętom przetworów amonowych już to wewnętrznie już też to podskórnie, podczas gdy błona śluzowa żołądka i jelita grubego bywa prawidłową. Owém ciałem szkodliwém ma być we krwi oparzonych mrówkan amonowy, powstający z kwasu pruskiego przez przybranie wody ($2H_2O$), niszcząc przybłonek jelita na miejscach rozległych daje powód do powstawania owrzodzeń i nieżytu. Mimo, że doświadczenia na zwierzętach, którym wstrzykiwał mrówkan amonowy, nie dały rezultatów dodatnich, odwołuje się autor do znacznie zmniejszonéj odporności chorych w tych przypadkach, do zmniejszonego parcia w układzie naczyniowym i utrudnienia wydzielania moczu i potu, co wszystko składa się na powstanie zmian napotykanych tak często, że ich nie można przypisać przypadkowi.

Zdarza się, że w przypadkach, gdzie nagła śmierć nastąpiła we 2 lub 3 tygodnie po oparzeniu, znajdujemy przy sekcyi zatory w tętnicach mózgowych lub płucowych. Częściowe odrywanie się zakrzepów w naczyniach około miejsc oparzonych ma być przyczyną zatorów, jednak w tym razie musiałyby zakrzepy prześliznąć się szczęśliwie przez układ naczyniowy krążenia małego, mając utkwić w układzie tętniczym mózgu. Nie zachodzi tu pytanie, jak zatory powstają, lecz dlaczego powstają po oparzeniach rozległych? Przypuszczano osobliwe usposobienie krwi do łatwego krzepnienia, może za sprawą pewnego zaczynu tworzącego się na powierzchni oparzonej; Wł. Lesser porównywa tę sprawę z t. z. zakażeniem zakisowém, rozwijającém się we krwi po przetoczeniu krwi ze zwierzęcia innego gatunku; w takim razie sprawa rozwinęłaby się szybko a nie po dwu lub trzech tygodniach, zresztą nie zdarza się to stale ani w zatruciu kwasem pruskim ani po oparzeniach. Nietylko zwolnienie prądu krwi w naczyniach, lecz nierówności lub uszkodzenie śródbłonka naczyń jest koniecznem do powstania zakrzepicy. Pierwsze ma miejsce w pierwszych dniach po oparzeniu, śródbłonki zaś naczyń ulegają stłuszczeniu wśród podawania bardzo małych ilości kwasu pruskiego (0·001 na dzień podzielony na 3 dawki). Zmiana śródbłonka naczyń usposabia go do złuszczania się, co Ponfick wykazał w chorobach ostrych zakaźnych, a co się zresztą i wśród innych otruć, np. fosforem, zwykło pojawiać, a następuje skutkiem niedostatecznego dojścia tlenu do krwi nader wolno krążącéj.

Oprócz chorób wymienionych występuje po oparzeniach zapalenie płuc i nerek. Pierwsze zwykle skutkiem dostania się pokarmów do dróg oddechowych wśród śpiączki; zapalenia nerek nie wywołuje mrówkan amonowy, wywołuje je kwas mrówkowy wstrzyknięty podskórnie, lecz wolny kwas mrówkowy nie może istnieć we krwi alkalicznéj.

W obec tego przedstawienia rzeczy nie zdaje się wcale niepojętém, dla czego dawni chirurdzy, uważając ból po oparzeniu za główną przyczynę śmierci, stosowali może z najpomyślniejszym skutkiem energiczny upust krwi jako najpewniejsze „anodynon“. Dwa wskazania lecznicze należy tu uwzględnić: 1) wydalenie trucizny z organizmu i 2) podniecanie pobudliwości ośrodków nerwowych, a szczególnie ośrodka oddechania. Pobudzając czynność narządów wydzielniczych uczynimy zadość wskazaniu pierwszemu, dosadniéj zaś, gdyby kto chciał doświadczyć przetoczenia krwi. Drugiemu wskazaniu czynią zadość zlewania zimną wodą, stosowanie eteru podskórne a w razie podupadłéj czynności serca atropin w małéj dawce, zawsze jednak największe niebezpieczeństwo grozi oparzonemu ze strony narządu oddechania, dla tego wskazaném bywa sztuczne oddechanie aż do wydalenia trucizny. *(Allgemeine Wiener mediz. Zeitung 1882*, Nr. 25 i 26). (Do licznych teoryj o przyczynie śmierci z oparzenia przybywa tym sposobem nowa, z któréj dla jéj oryginalności zdaliśmy sprawę. *Sprawozd.).* *J. Schaitter.*

Fronmüller: **Homatropinum hydrobromicum w gruźlicy płuc.** Autor na podstawie 16 obserwacyj nadzwyczaj zaleca użycie *Homatropini hydrobromici* w suchotach płucnych. Przyznaje on temu alkaloidowi znaczną wyższość nad powszechnie używanym atropinem. W 16 przypadkach F. usunął za pomocą homatropinu zupełnie, albo przynajmniéj zmniejszył *ad minimum* poty nocne, tak wyniszczające i dręczące suchotników. Do osiągnięcia tego zadania wystarczyły w 10 przypadkach dawki 0.015 do 0.03 homatropinu, stósowane 3 razy dziennie podskórnie lub téż 13 razy dnia wewnętrznie w pigułkach. Objawy zatrucia po takich dawkach wystąpiły 4 razy, znamionując się drapaniem i suchością w gardle, utrudnieniem w przełykaniu, zajęciem głowy. W żadnym z 16 przypadków nie wystąpiło rozszerzenie źrenicy. W większéj części przypadków homatropin nie tylko usuwał poty, ale także łagodził znacznie kaszel i sprowadzał sen dobry. To błogie działanie tego alkaloidu miało trwać nawet jeszcze przez parę dni, mimo przerwy w dalszém tegoż podawaniu. Autor w końcu swéj pracy zachęca klinicystów do robienia dalszych spostrzeżeń w tym kierunku, a zarazem zwraca uwagę na to, że może za pomocą homatropinu osiągnie się świetniejsze wyniki, i przyniesie się większą ulgę biednym suchotnikom, niż to zdołał otrzymać prof. Anderson (w Glasgowie), zalecając dobre odżywienie i wstrzykiwanie podskórne *Atropini sulf.* 0.0006—0.001 *pro dosi.* Homatropin przewyższa bowiem atropin działaniem swém silniéj zmniejszającém poty, przy tém kojącém kaszel, a w większych dawkach sprowadzającém sen łagodny. Homatropinu można używać bez niebezpieczeństwa w znacznie większych dawkach niż atropinu. (*Memorabilien. Februar* 1882). *Dr. Kopff.*

Wiadomości pomniejsze.

(K.) **Szczególny rodzaj zboczenia umysłowego.** Vermeulen i Ingels opowiadają następujący przypadek. Przed niedawnym czasem rozesłano w jedném z miast belgijskich po domach karty wizytowe, z napisem treści ubliżającéj jednemu z powszechnie szanowanych obywateli. Sprawcę tego czynu wykryto i ukarano kilkotygodniowém więzieniem. Wkrótce potém to samo indywiduum przez rozesłanie fałszywych depesz przeszkodziło zebraniu się zgromadzenia, mającego na celu pewną manifestacyję polityczną. Nadto ten sam człowiek zażądał imieniem notaryjusza miejscowego, który wcale tego nie przeczuwał, dymisyi od ministra sprawiedliwości. Przytém postąpił sobie tak zręcznie, że w istocie rząd dał dymisyję, niby żądaną, wzmiankowanemu notaryjuszowi. Dwie te sztuczki uszły bezkarnie. Skoro jednak wkrótce znów rozeszły się po mieście karty treści obelżywéj, przeciw już poprzód w ten sposób pokrzywdzonemu obywatelowi, prokuratoryja kazała aresztować sprawcę i zarządziła zbadanie stanu jego umysłowego. Badanie wykazało, że chory pochodzi z małżonków spokrewnionych, że od urodzenia cierpi na znaczne przytępienie słuchu. Władze umysłowe dobrze rozwinięte, lecz usposobienie mrukliwe. Badany często upatrywał w różnych osobach swoich nieprzyjaciół. Znawcy orzekli, że badany w czasie spełniania czynności karygodnych wcale nie był pozbawiony rozsądku, i że wszystko czynił z rozwagą, lecz usposobienie jego obecne i stan umysłu jest bardzo blizkiém chorobowego zboczenia. (*Ctrblatt f. Nervenheilkunde* 1882, str. 221).

(K. Gr.) Dr. Guzzo zaleca **glicerynę jako środek opatrunkowy w oparzelinach.** Podaje on, że środek ten jest bardzo skuteczny, zmniejsza bowiem bliznowate skurczenia, często nastające po urazach tego rodzaju. Używa on czystéj gliceryny lub zmięszanéj w połowie z wodą lub *collodium*. To ostatnie połączenie tworzy na powierzchni oparzonéj podatny pokład. (*The Lancet*, 1882, I. Nr. 21, str. 884).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

Sekcyja lwowska.

Posiedzenie zwyczajne z d. 4 marca 1882.

Przewodniczący Dr. Rożański. Członków obecnych 26.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący powołując się na zagajenie swe posiedzenia z d. 28 stycznia br. i wyłuszczoną w niém potrzebę niezapominania o naukach przyrodniczych, stanowiących podstawę medycyny, w szczególności o fizyce, nawiązuje do wniosku, jaki z wykładu, mianego na tém samém posiedzeniu, prelegent ówczesny wyciągnął: „iż elektryczność w minimalnych swych napięciach u zwierząt może okazywać własności nowe, dotychczas w nauce nieznane.“ Jak minimalne napięcie elektryczności daje tam zjawiska magnetyzmu zwierzęcego w ściślejszém znaczeniu téj nazwy, tak minimalne skupienie cząstek gazowych sprawia w zjawiskach elektrycznych odmiany, przezwane materyją promieniejącą.

Celem wyłożenia i przedstawienia kolegom tych ciekawych fenomenów, Przewodniczący zaprosił Wgo P. Bodaszewskiego, asystenta katedry fizyki w tutejszéj Akademii technicznéj, którego przedstawiwszy zgromadzeniu, uprasza o zabranie głosu.

3) P. Bodaszewski przedstawia rzecz swą jak następuje: William Crookes, wynalazca radiometru, czyli młynka, który w rozrzedzonych gazach wiruje pod wpływem promieni światła i ciepła, przedstawił w r. 1879 w shefieldskiém Towarzystwie ku podniesieniu nauk, szereg doświadczeń, które powszechne obudziły zajęcie. Były to doświadczenia nad „materyją promieniejącą“. Nazwa powyższa pochodzi jeszcze od Faradaya. Badacz ten z doświadczeń swych nad skupieniem ciał przy działaniu ciepła wnosił, że prócz trzech znanych stanów skupienia istnieje jeszcze prawdopodobnie czwarty, w który ciała przejść mogą ze stanu lotnego. Ten czwarty stan skupienia nazwał materyją promieniejącą. Doświadczenia, wykonane przez Crookesa, zdawały się w zupełności stwierdzać przypuszczenie Faradaya. Dla tego też Crookes zjawiska, obserwowane w nader rozrzedzonych gazach, przy przejściu prądu elektrycznego lub przy działaniu innego źródła energii, nazwał objawami materyi promieniejącéj. Drugim powodem obranéj przez Crookesa nazwy jest okoliczność, że patrzącemu na doświadczenia wydaje się istotnie, iż cząstki gazu rozchodzą się z danego punktu nie inaczéj jak w promieniach. Stan gazu, w którym występują zjawiska materyi promieniejącéj, nazwał Crookes stanem ultragazowym. W takim stanie materyja ma się, zdaniem jego, składać z niedziałek, na które rozpadają się gazy w najwyższym stanie rozrzedzenia również jak i każda inna materyja. Niedziałki gazów, wprawione w ruch przez silne źródła energii jak ciepło, elektryczność i magnetyzm, zachowują się zupełnie inaczéj niż gazy przy zwykłém ciśnieniu, a mianowicie, uderzając o siebie, tworzą obłoczki świetlne, trącając o ciała ruchome wprawiają je w ruch mechaniczny, wreszcie, padając na ciała nieruchome, ogrzewają je i pobudzają do fosforescencyi.

Po wstępie powyższym prelegent przedstawia przyrządy Crookesa. Są to naczynia szklane, zamknięte, wypróżnione z powietrza i opatrzone wtopionemi drutami platynowemi tudzież płytkami z glinu. Łącząc jeden z powyższych przyrządów z aparatem indukcyjnym Rhumkorffa lub téż z machiną elektryczną influencyjną, prelegent pokazuje, że cząstki materyi promieniejącéj rozchodzą się zawsze w jednym i tym samym kierunku od bieguna ujemnego, bez względu na to, gdzie w naczyniu znajduje się biegun dodatni. Okoliczność, która się w ten sposób uwidocznia, że ściana naczynia leżąca naprzeciw bieguna ujemnego, zawsze w jedném i tém samém miejscu fosforyzuje, mimo zmiany położenia dodatniego bieguna. Jeżeli między biegunem ujemnym

w naczyniu a przeciwległą ścianą jest umieszczony jakiś przedmiot, np. krzyżyk z blachy glinowéj, to przy przejściu prądu elektrycznego powstaje na ścianie cień tego przedmiotu, po usunięciu zaś przedmiotu, powierzchnia, pierwéj zacieniona, świeci następnie silniéj niż sąsiednie jéj części ściany. Inny przyrząd wykazuje drogę, którą cząstki materyi promieniejącéj przebiegają, nim się z innemi zetkną. Droga objawia się jako ciemna przestrzeń między biegunami, któréj wielkość, a względnie długość, zależną jest od stopnia rozrzedzenia. Ruch mechaniczny, wywołany uderzeniami cząstek materyi w stanie ultragazowym, prelegent uwidocznił na młynkach. Jeden z nich o skośnych skrzydłach z miki, osadzony na osi pionowéj, obracał się, gdy pierścień z drutu platynowego, przechodzący spodem, rozgrzanym został galwanicznie. Drugi z blaszek glinowych, osadzony na osi pozioméj, toczył się w razie przepuszczenia prądu indukowanego po szklanych szynach, i to w kierunku od bieguna ujemnego. Cząstki materyi promieniejącéj odlatują od bieguna ujemnego normalnie do powierzchni biegun ten tworzącéj. Jeżeli więc na biegunie ujemnym zastosujemy wklęsłą kulistą muszelkę z blachy glinowéj i przepuścimy prąd elektryczny, wtedy cząstki odbite zbiegną się w jednym punkcie, który ogniskiem nazwać można, gdyż umieszczone w têm miejscu ciała, nawet ciężko topliwe, rozpalają się do białości i topną. Pod działaniem magnesu cząstki materyi promieniejącéj zbaczają ze swéj drogi, co prelegent uwidocznił, kierując tym sposobem ognisko wyżéj przerzeczone na ścianę naczynia, która w têm miejscu silnie się rozgrzała. Nader piękne zjawisko powstaje, jeżeli cząstki materyi promieniejącéj padają na ciała zdolne do fosforescencyi. Wtedy np. dyjament lśni niebieskawo-zielono, węgiel zwykły daje najpierw światło białe, następnie zaś takie jak dyjament; wapień, wprowadzony w stan silnéj fosforescencyi za pomocą machiny elektrycznéj influencyjnéj, wydaje się oświetlonym przez niewidzialne źródło światła tak dalece, że płytki jego rzucają cień wzajem na siebie.

Do wytłumaczenia zjawisk powyższych nie potrzeba wcale istnienia jakiejś materyi promieniejącéj, względnie czwartego stanu skupienia, zwanego stanem ultragazowym. Wystarczy bowiem znane zachowanie się ciał względem elektryczności w silnêm napięciu, tudzież teoryja kinetyczna gazów. W przyrządach Crookesa znajdują się prócz cząstek nader rozrzedzonego gazu, jeszcze oderwane cząstki szkła, para rtęciowa i cząstki elektrody oderwane w czasie przechodzenia prądu elektrycznego, o czém najdobitniéj przekonywają tak zwane zwierciadła platynowe, powstałe w rurkach Geisslera, jeżeli takowe były dłuższy czas w użyciu. Pod wpływem prądu elektrycznego wszystkie te cząstki stają się elektrycznemi, jako takie odrzucone od bieguna równo imiennego i wzmocnione w ten sposób w swym ruchu, uderzają o siebie wzajemnie, i udzielają ruchu okalającemu je eterowi lub trącają o zaporę mechaniczną i takową posuwają, jeżeli jest ruchomą. Objawy uderzenia têm silniéj występują, im silniejszém było źródło dzielności, z którego cząstki ruch swój czerpały. O prawdziwości powyższego tłumaczenia zjawisk dostrzeganych w przyrządach Crookesa przekonywają doświadczenia Hittorfa, Reitlingera, Urbanickiego, Holtza, Puluja i wielu innych.

4) Kol. Dr. Pisek przedstawił: *a)* przypadek zapalenia przyostrego zastawek tętnicy płucnéj, odznaczający się nie zwykłą rzadkością. Przy sposobności wyłożył prelegent rzecz o śródsierdziowych zmianach tętnicy płucnéj, tak rzadkich w życiu pozamacicznêm, daléj zastanowił się nad rzadkością zmian śródsierdziowych w ogóle w sercu prawêm, omówił przyczyny i rozwój tychże, wreszcie *b)* przedstawiając równocześnie okaz przyściennych skrzepów starszych w komórce prawéj, wykazał różnice zachodzące między niemi a produktami zapalnemi zastawek w poprzednim przypadku widocznemi, pomimo niejakiego podobieństwa zewnętrznego. Na zapytanie jednego z kolegów, jak rzeczy obecnie stoją z tak zwaném septyczném zapaleniem śródsierdzia, mianowicie jakie są w chwili bieżącéj zapatrywania na etyjologiję i zmiany anatomiczno-patologiczne tego cierpienia tudzież na miejsce jego w systemie chorób, prelegent opowiedział w krótkości, o ile czas pozwolił, ostatnie poglądy na tę sprawę, zastanawiając się nieco obszerniéj nad znaczeniem wrzekomêm poszczególnych form grzybkowych dla różnych zmian śródsierdziowych.

Dr. Dyhdalewicz.

V. Lekarze i leczenie w Turcyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski
w Kutahii w Anatolii.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 27).

Nadto i pomimo, że każda apteka posiada poważne grono rozmaitych zdolności praktyków i że imiona ich są wypisane nad gwoździkami służącemi do zawieszania wezwań, sam aptekarz także nie traci czasu, i gdy tylko nie ma w swym kramiku zwykłych pensyjonerów, wtedy sam leczy przybywających szukać rady lekarza. Tytuł pochlebny i oświadczenie „*docteur je suis malade,*" dodaje energii i wzbija w dumę naszego handlarza, który téż pospiesza nałożyć „lufcik", usadawia klijenta we własném krześle i po swojemu zaczyna go badać. Po kilku uświęconych rutyną zapytaniach, aptekarz nasz tłumaczy choremu groźny stan jego cierpienia, dodając, że i życie samo znajduje się w niebezpieczeństwie, jeżeli szybko nie użyje środków energicznych, zdolnych usunąć stan chorobowy w bardzo krótkim czasie. Nie należy wątpić, że biedny chory zgadza się na przyjęcie i zapłacenie choćby najdrożéj za wszystko, co konieczne do jego wyleczenia. Zręczny więc oszust, zadowolony ze swego wybiegu, podąża do pracowni, szuka lekarstwa i za kilka minut wychodzi, trzymając w ręku buteleczkę wypełnioną płynem, prawdopodobnie jakimś dawno przygotowanym naparem, który oddając pacyjentowi zaleca mu brać co godzina po łyżce z tego nieomylnego arkanum i powtórzyć dawkę po upływie paru dni, oczywiście biorąc lek z téjże saméj apteki!

Tak więc urządzone i eksploatowane zakłady, przynoszące łatwy i wolny od kłopotów dochód, podtrzymują pośród tutejszéj młodzieży prawdziwą namiętność dojścia choć raz w życiu do posiadania apteki. Ona to bowiem zapewnia najłatwiejszy sposób egzystencyi i zwykle więcéj tu przynosi aniżeli praktyka lekarzy sumiennych i dbałych o swą godność. W ostatnich téż czasach liczba aptek wzmogła się bardzo, tak że nietylko domorośli aptekarze zaczęli ozdabiać swe kramiki we wszystko, co może olśnić na pierwszy rzut oka; ale i ludzie wykształceni, jak np. znany w Europie p. Della-Sudda, (wzbogacony dostawą lekarstw dla armii tureckiéj) zaczęli rozszerzać szczupłe rozmiary swych aptek i wierni zwyczajowi pootwierali eleganckie gabinety, aby zwabić jeszcze większą liczbę lekarzy zdecydowanych do rekolekcyjnego przesiadywania w aptekach. Ze wszystkich jednak podobnie wyświeżonych zakładów apteka Della-Suddy jest jedyną dobrze urządzoną w Stambule. Położona przy głównéj ulicy Pery, zaopatrzona w najrzadsze materyjały, dobrze administrowana, nie ustępuje w niczém podobnym zakładom za granicą. Że zaś posiada wyborową biblijoteczkę, z czytelnią zaopatrzoną w czasopisma fachowe, a głównie wyborne fotele, bywa więc punktem zbiorowym lekarzy „*de haute volée*", lubiących tu odbywać swą *sieste* lub bawić się przeglądem spacerujących. Przykład dany przez milijonera aptekarza wątpię jednak czy będzie naśladowanym przez mniéj zamożnych. I zdaje się, że opłakany stan przemysłu aptekarskiego będzie nieodstępném piętnem sytuacyi oddawna ustalonéj i nierokującéj w niczém pomyślnego zwrotu.

Nie na têm jednak kończy się przemysł aptekarski w Turcyi. Bo obok zatytułowanych aptek i ich właścicieli, rywalizujących w praktyce z lekarzami, jest jeszcze niezliczona ilość innych przemysłowców, którzy oddani pokątnemu leczeniu, posiadają także pewien zasób materyjałów leczni-

czych, któremi dowolnie manipulują. Pierwszy w téj kategoryi stopień zajmują tak zwani Achbar, bardzo liczni po wsiach i małych miasteczkach, prowadzący kramiki z wiktuałami, pośród których figurują także i rozmaite rodzaje leków. Zwykle taki handlarz bywa zarazem i lekarzem bardzo wysokiego o sobie mniemania, mianowicie gdy się zdobędzie na flakonik siarkanu chininu, tego tak tu rozpowszechnionego Salfatu. Otóż z powodu jedynie, że szanowny Achbar zna się na gatunkach rozmaitego rodzaju bakalij, ztąd więc i ma prawo leczyć posiadanemi środkami wierzących współobywateli. Co do istót jakich nowy nasz znajomy używa do przygotowania swych leków, to te są bardzo podejrzanéj natury, i w każdym przypadku mając za podstawę makowiec, występują w postaci tłuszczów, gum lub balsamów. Zbliżywszy się do takiego kramiku (ponieważ wejść do wnętrza jest rzeczą niepodobną) uderzą nas nasamprzód rzędy drewnianych lub papierowych pudełeczek, opatrzonych co prawda napisami, ale w języku znanym tylko samemu właścicielowi, bo on jeden w miasteczku powinien umieć odróżniać, rozumieć i przygotowywać kordyjały z przechowywanych w kramiku zapasów. Treścią tych pudełek jest zwykle wielka ilość pigułek najrozmaitszéj wielkości, przygotowanych jednorazowo i sprzedawanych na ilość lub wagę, podług życzeń potrzebujących. Pigułki te noszą nazwę środka kojącego i czyszczącego i zawierają bez wyjątku makowiec, alonę, mannę lub powidełka tamaryndowe. Obok tych pudełeczek, na jednéj z niższych pułek kramiku, znajdujemy znowu rząd słoików brudnych, okrytych bibułą lub kawałkiem płótna i zawierających rozmaite przetwory balsamiczne, nazywane Madżun i słynące z własności niby podniecających. Główną ich jednak częścią składową jest miód i cukier. Tego gatunku popularne leki są droższe od innych, a to z powodu przyjemniejszego smaku. Obok w większych nieco naczyniach, zwykle przeźroczystych, znajdujemy znowu jakąś masę żółtawą, uważaną za środek uniwersalny na wszelkie zranienia. W skład podobnéj maści wchodzą siarka, wosk biały i oliwa. Wreszcie od czasu wejścia w modę granulek pozłacanych lub posrebrzanych Achbar tutejszy umie korzystać i z téj gałęzi przemysłu, przedając wyrób *à la franca* nadzwyczaj drogo, dla tego jedynie, że podobne pigułki posiadają nieomylny leczniczy skutek! Nikt też ze wschodnich obywateli nie może się bez nich obyć, a sława ich skuteczności tak jest rozpowszechnioną, że tak dorosły mężczyzna jak i 80-letni starzec ciągle się niemi karmią. Najczęściéj zaś podobne pigułki przedają się w celu podniecenia siły narządu płciowego u mężczyzn. Rzecz jednak prosta, że wierzący w ich potęgę stałego zwykł doznawać zawodu. I wtedy to rozczarowany poczciwiec zwraca się do lekarza, ofiaruje mu skarby świata i błaga o środek, któryby mógł oddziałać zbawiennie na zgnuśniały lub wyniszczony ustrój. Praktyka też daje sposobność spotkania podobnego rodzaju klijentów, zwykle pośród zamożnych Turków lub stałych Ormijan. Muszę wyznać, że miejscowi praktycy zręcznie korzystają z podobnych okoliczności. I bez obawy manipulują też z fosforem lub nastojem much hiszpańskich, mając tu powodzenie, ponieważ za podobne pomocnicze środki wymagające tajemnicy klijenci zwykli wybornie wynagradzać. Gdy zaś sumienny lekarz odmówi podania tego rodzaju środków, przedstawiając ich niebezpieczne skutki i własną odpowiedzialność, to wtedy nie zrażający się tutejszy obywatel powraca znowu do dawnego kramiku, wypełnia pudełeczko nową ilością lśniących pigułek i w przekonaniu że zadrwi sobie z lekarza i jego formułek, wraca znowu i to z większą jeszcze ufnością do używania środka uważanego za nieomylny. Niekiedy przy zmianie powietrza lub sposobu życia ustrój wzmocni się nieco. Częściéj jednak łatwowierny próżniak staje się ofiarą błędnéj swéj idei!

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Zjazd II Lekarzy i Przyrodników czeskich w Pradze.

VII.

Sekcyja lekarska. *a)* **Posiedzenie odbyte d. 29 maja 1882.** Podsekcyja dla medycyny wewnętrznéj.

Stosownie do uchwały powziętéj na poprzedniém posiedzeniu przewodniczącym obecnego posiedzenia wybrano prof. Dra Domańskiego.

VIII. Prof. Dr. Eiselt: **O krwotokach w przebiegu duru.**

Skreśliwszy żywemi barwami obraz dwóch pilnie przez siebie spostrzeganych przypadków duru z następowemi krwotokami, prof. Eiselt wypowiedział następujący pogląd:

Dur brzuszny w trzecim tygodniu swego przebiegu wikła się często rozmaitemi zmianami następowemi. Do zboczeń tego rodzaju należą krwotoki, najczęściéj z błon śluzowych, rzadziéj do utkania podskórnego, podsurowiczego, do jam trzewowych itd. Powstawanie krwotoku zdradza się dreszczem i podniesieniem ciepłoty; utrata krwi bywa czasem znaczna, nieraz powstaje zatrważająca niedokrewność, ale spadku ciepłoty nie spostrzegamy, przeciwnie utrzymuje się ona na wysokim stopniu. Przy krwawieniu z jamy ust błona śluzowa staje się obrzmiałą, zaczerwienioną i krwawiącą na całéj przestrzeni; zmiany te w jednakowym stopniu występują na dziąsłach i języku; krew wypływająca jest płynna, ciemnawa. Prof. Eiselt nie spostrzegał w swoich przypadkach krwawienia z nosa. Chory szybko w podobnych okolicznościach blednie, cera staje się żółtawą, przypominającą z wejrzenia cerę gnilcową.

W przypadkach wybroczyn podskórnych sińce bywają bądź okrągławe, wielkości ziarna bobu, soczewicy, bądź pręgowate, jakby od smagania, bądź też występują na szerszych przestrzeniach; wybroczenie miewa miejsce w rozmaitych warstwach saméj skóry, w tkance podskórnéj; krew wybroczona jest płynna, przy brzegach spostrzegamy rodzaj cieniowania w zabarwieniu, powstałém w skutek przesiąkania barwika krwi. Prelegent widział w jednym z dwóch spostrzeganych przez siebie przypadków sinoczerwone wybroczyny w skórze brzucha, wśród których występowały miejsca ciemniejsze o rozlewających się konturach. Przypomina sobie pouczający przypadek z dawniejszego czasu, kiedy Wydział lekarski wezwany został do orzeczenia w sprawie oskarżenia lekarza i dozorczyni szpitala wiejskiego o domniemane znęcanie się nad chorym. Krewni spostrzegłszy na ciele cierpiącego na dur pręgi sinawe, i sądząc że takowe powstały w skutek bicia, wnieśli zażalenie.

Zdarzają się takie wybroczyny, w których krew nie występuje z naczyń w całéj masie swych pierwiastków, lecz tylko surowica jéj zabarwiona barwikiem; objaw ten każe źle wróżyć dla chorego.

W przypadkach przez prelegenta spostrzeganych wybroczenie nie ograniczało się do jednego miejsca, lecz jednocześnie występowało na błonie śluzowéj przewodu pokarmowego, mianowicie w jamie ust, żołądku, trzewach i to nie z wrzodu odosobnionego, lecz z całego obszaru powierzchni błony śluzowéj, która na oko była niezmienioną; daléj

broczenie miało miejsce z błon śluzowych oskrzeli do komórek płucnych, gdzie w skutek tego powstawała sprawa zapalna, a nakoniec broczenie spostrzegano w cewce moczowéj i pęcherzu.

Kłócie w piersiach lub w brzuchu oznacza wybroczenie pod błonę surowiczą, co w zupełności dało się stwierdzić w jednym z postrzeganych przez prelegenta przypadków. Wybroczenie może mieć miejsce i w rozmaitych innych narządach, np. mózgu, jądrach, śledzionie, nerkach itd. z objawami właściwemi tym narządom. Przyczyny broczenia u durowych szukać należy tak we krwi, jak i w zboczeniach odżywczych tkanin schorzałego ustroju; broczenie odbywa się przez przepacanie (*per diapedesin*) z naczyń włosowatych.

Inny rodzaj broczenia spostrzegał prof. Eiselt w jednym z postrzeganych przypadków, gdzie wylew miał miejsce w tkance podskórnéj, twarzy, skóra pękła, a krew lała się niemal strumieniem z otwartéj żyły; przy zbadaniu bliższém znaleziono znaczny, w środku rozmiękły skrzep, który sięgał do błony śluzowéj od wewnątrz, obawiano się zgorzeli, lecz groźny stan rzeczy zakończył się pomyślnie.

IX. Dr. Podhajský lekarz pułkowy w Kremži nadesłał na ręce Doc. Dra Maixnera artykuł pod tytułem: **Spostrzeżenia nad ospą**. Dr. Podhajsky poczynił nader staranne uwagi nad ospą w szpitalu garnizonowym, oraz w zakładach szpitalnych Wiednia i Pragi; z bogatego tego materyjału prelegent poczynił uwagi dotyczące okresów czasu, w których osutki w ogóle, a zwłaszcza ospa, pojawiają się; w jakim stosunku osutki ostre między sobą zmieniają się; wypowiada daléj pełne praktycznéj doniosłości uwagi o szerzeniu się osutkowej epidemii tak w rodzinie, dzielnicy, jak w całych miastach, a następnie mówi o trwaniu epidemii i środkach zapobieganiu jéj. Na poparcie i wyjaśnienie tych wywodów prelegent sporządził 15 nader pouczających tablic.

X. Dr. Thomayr: **Przyczynek do symptomatologii przewlekłego zapalenia nerek**. Do klasycznych objawów śródmiąższowego zapalenia nerek zaliczamy obfite moczenie obok niewielkiéj utraty białka; przerost lewéj komórki nie należy do objawów stałych i dziwić się należy, dla czego ta okoliczność przemilczaną bywa w najpopularniejszych podręcznikach. Zdarza się, że, wbrew wyżéj podanym klasycznym objawom, mocz staje się skąpym, białko chory traci obficie, a w moczu stwierdzamy obecność krwi; są to pewne oznaki eksacerbacyi przewlekłéj sprawy zapalnéj; to moczenie krwawe może wprowadzić w błąd lekarza, jeśli ten po raz pierwszy widzi chorego, gdyż na podstawie objawów chwilowych może on rozpoznać ostre zapalenie nerek i rokować pomyślnie, nieprzypuszczając chwilowo zamaskowanéj sprawy przewlekłéj. Prelegent demonstruje preparaty odnoszące się do wybroczyn do miedniczek nerkowych, oraz do kłębków w marskości nerek, jednocześnie okazuje preparaty objaśniające sprawę ostréj eksacerbacyi podczas przewlekłego śródmiąższowego zapalenia nerek. Th. przytacza kazuistykę przedmiotu swego odczytu i kończy uwagami o rozpoznawczém znaczeniu moczenia krwawego w śródmiąższowém przewlekłém zapaleniu nerek; rozpoznanie wtenczas staje się łatwém, jeśli chorego już dawniéj znaliśmy lub, też jeśli krwawienie moczowe ustaje, a wystąpią klasyczne objawy ziarninowego zaniku nerek.

XI. Dr. Wach, prosektor szpitala dzieci demonstrował, preparat pierwotnego raka (*carcinoma medullare* z częściowym charakterem mięsaka) u $1\frac{1}{2}$ rocznego chłopca, podając jednocześnie uwagi dotyczące patologii i leczenia téj choroby.

XII. Dr. Medal: **O skombinowanych kąpielach zimnych**.

Prelegent zastrzega się, że do dopięcia zamierzonéj kombinacyi zbytecznemi są zawiléj budowy przyrządy, wystarcza mu zespolenie działania wody i powietrza na podstawie umiejętnéj opartego, a głównie na znajomości teoryi gorączki. Daléj następuje określenie gorączki, historyczny rozwój poglądów na gorączkę, teoryja Senatora, walka między Senatorem a Pflügerem w r. 1876, poglądy Samuela r. 1876, doświadczenia Wertheima r. 1878, Finklera r. 1882. W obec chaosu teoryj trudno ściśle przy wyborze leczenia trzymać się tych licznych poglądów, natomiast liczyć się wypada z wysokiém podniesieniem ciepłoty, którą należy się starać obniżyć. Jako ideał hydryjatrycznych zachodów na téj drodze prelegent uważa skombinowanie zimnych kąpieli z przystępem świeżego powietrza, a dochodzi się do tego celu zawijaniem chorego w zmoczone w zimnéj wodzie prześcieradło przy otwartych oknach. Szczegóły techniczne demonstruje Dr. Medal na chorym na dur (w 6 dniu). Zimna woda w prześcieradle przyczynia się do skurczenia naczyń włosowatych skóry, a kiedy nastąpi odczyn w skutek ogrzania się prześcieradla, następuje rozszerzenie tychże naczyń włosowatych i krew przenosi się od trzew ku obwodowi ciała, gdzie utraca nagromadzony cieplik, ku czemu dzielnie przyczynia się swobodny dostęp świeżego powietrza, podniecającego promieniowanie cieplika. Jeśliby prześcieradło za nadto się rozegrzało w skutek zmniejszonego parowania, należy polewać prześcieradło całe lub części najwięcéj rozgrzane zimną wodą. Zachody trwały pół godziny, a w skutek ich tętno spadło z 90 na 60, ból głowy ustał; ciepłota mierzona w odbytnicy przed kąpielą wynosiła 40,2C., po kąpieli nie obniżyła się; prelegent tłumaczy tę przewidzianą okoliczność poglądami Liebermeistra i własnemi na skuteczność pierwszéj kąpieli zimnéj u gorączkujących. Wskazana ta skombinowana kąpiel we wszystkich gorączkowych chorobach bez względu na wiek; technika łatwa a dla chorego dogodna. W rozprawach, które odczyt ten wywołał, głównie członkowie Polacy brali żywy udział.

Po odczycie Dra Modela przewodniczący podsekcyi dla medycyny wewnętrznéj Dr. Maixner zamknął posiedzenie gorącém podziękowaniem polskim i czeskim uczestnikom. Wykazując wydatniejsze prace i zasługi podsekcyi, stawia mowca dobry horoskop trzeciemu Zjazdowi, kiedy czescy lekarze zgromadzą się w własnym przybytku nauki; z bijącém sercem czekamy téj chwili, a niech ona będzie nową dla nas podnietą do dalszéj pracy. *Dr. A. Kwaśnicki.*

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 25 czerwca do 1 lipca umarło w Krakowie 18,3 w obliczeniu na rok i 1000 mieszkańców (21,4 z. t.). Z ospy umarło 0 (3 z. t.); z dławca 2 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z duru osutkowego 2 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 2 (0 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.); z róży 0 (1 z. t.). W tygodniu od 18—24 czerwca ospa w Londynie w jednakowym utrzymywała się stopniu. Leczyło się w szpitalach 242. Świeżo zapadło 44, umarło 9. W Wiedniu i Paryżu umarło po 22, w Brukseli 4, w Petersburgu 10, w Warszawie 20, w Pradze 5, w Budapeszcie (od 27 maja do 3 czerwca 10. w Madrycie od 2—9 kwietnia) 39. W Chicago i Cincinati umierało wiele z ospy w drugiéj połowie maja. Od 14—20 maja umarło 16 i 57 osób. Odra złagodniała w Amsterdamie, bardziéj się rozszerzyła w Londynie i Paryżu. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 7. W Paryżu umarło więcéj osób z duru brzusznego.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 18—24 czerwca umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 21,4; weLwowie 35,2; w Poznaniu 40,2; w Wiedniu 23,9; w Budapeszcie 37,3; w Pradze 35,2; w Tryjeście 30,2; w Berlinie 29,0; w Wrocławiu 33,7; w Gdańsku 25,5; w Dreźnie 25,2; w Lipsku 17,3; w Mnichowie 35,7; w Bazylei 22,0; w Brukseli 26,7; w Paryżu 25,6; w Londynie 18,6; w Amsterdamie 25,8; w Hadze 20,2; w Kopenhadze 22,0; w Stokholmie 22,3; w Chrystyjanii 19,2; w Petersburgu 35,2; w Odesie 51,6; w Rzymie 22,6; w Wenecyi 31,1; w Bukareszcie 26,5; w Madrycie 49,9; w Lizbonie 29,7; w Aleksandryi 54,2; w Nowym Yorku 31,8; w Filadelfii 21,1; w Bombaju 22,5; w Madrasie 29,0. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** 12 lipca. Śmiałość chirurgów w ostatnich kilku latach posunęła się bardzo daleko i doszła do granic, u których reakcyję wywołać musiała. Reakcyja ta dobroczynna zrazu wyszła nie od chirurgów, lecz internistów; obecnie i prof. Albert we Wiedniu wystąpił w obec uczniów swoich z protestem przeciw propozycyi Kraskeg'o w Hali, aby celem usunięcia przepuklin pachwinowych wrodzonych uskuteczniać kastracyję. Z najświeższym numerem „*Centralblatt f. Chir.*“ w ręku, w którym Kraske myśl swoją wyłożył, Albert z oburzeniem piętnował postępowanie, które nie tylko nie jest wskazaném, ale nadto nienowém, przeciwnie zdolném cofnąć naukę na kilkaset lat wstecz, a filipikę swoją zakończył następującemi słowy: „Propozycyja p. Kraskego nie jest odosobnioną; jest ona ogniwem w łańcuchu zjawisk spowinowaconych. Wszak przed kilku miesiącami czytać musieliśmy w archiwie chirurg. o częściowéj resekcyi pęcherza moczowego w rozszerzeniu takowego. Niebezpieczeństwo polega na tém, że każda propozycyja, już dla tego, że jest nową, nie tylko znajduje naśladowców, ale zyska pochwały, podziw i służy do rozmaitych celów, zanim doświadczenie o jéj wartości orzeka. Rumienić się muszą chirurdzy, że dopiero znakomity internista, prof. Leyden w Berlinie, musiał napomnieć do rozwagi w kwestyi naciągania nerwu w wiądzie rdzeniowym. Ile to hałasu narobiła operacyja Ogstona, ile sposób Freunda wycinania macicy przez jamę brzuszną! a dziś? — Nie wiem, czy to wszyscy czują, że obecna świetna epoka chirurgii ma swoją wielką stronę odwrotną: jest nią brak krytyki.“

* W Nrze 28 *W. med. Presse* Dr. Leopold Glück z Krakowa, obecnie lekarz dystryktu Prnjaworskiego w Bośnii, zamieścił uwagi nad stanem zdrowia ogólnego w nowonabytych prowincyjach Państwa austro-węgierskiego.

* W Cieplicach czeskich do d. 8 lipca bawiło gości 5.360, w Giesshübla 43.

* **Wiedeń**. Według otrzymanych z wiarogodnego źródła wiadomości wbrew twierdzeniu czasopism wiedeńskich nominacyja prof. Nothnagla nastąpi niezadługo.

Na opróżnioną posadę prymaryjusza w szpitalu na Wiedeniu Rada sanitarna dolno-austr. proponowała 3 kandydatów w następującéj kolei: Drowie Lütkemüller, docenci Heitler i N. Weiss.

Rządy austryjacki i niemiecki niezadługo przystąpią do układu, na mocy którego lekarzom austryjackim i niemieckim nawzajem dozwoloną będzie praktyka w miejscach pogranicznych.

Piąty Wiec Stowarzyszeń lekarskich rakuskich odbędzie się w Gracu d. 17 i 18 bm. Na porządku dziennym pomiędzy innemi sprawami będzie kwestyja Izb lekarskich, daléj przedłożonym będzie projekt ustawy o prawach i obowiązkach lekarzy, o środkach przeciw partactwu, o ustawodawstwie w sprawie leków tajnych itd.

Członkami najwyższéj Rady sanitarnéj zamianowani zostali przez prezesa ministrów jako kierownika ministerstwa spraw. wewn. na dalsze trzechlecie członkowie dotyohczasowi, a mianowicie: Radcy dworu Langer i Röll, radca rządowy dyrektor Schlager, prof. E. Hofmann, dyrektor J. Hoffmann, proff. Späth i Vogel, Drowie Nusser i Schneller.

* **Odznaczenia**. Prof. Arlt otrzymał krzyż komandorski bawarskiego orderu zasługi św. Michała, referent spraw sanitarnych w Ministerstwie spraw wewn. prof. Schneider krzyż komandorski serbskiego orderu Takowy, a prof. Löbisch w Insbruku krzyż kawalerski orderu korony włoskiéj. — Członek najwyższéj Rady sanitarnéj we Wiedniu Dr. Schneller otrzymał order korony żelaznéj 3ciéj kl.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktorów w. n. lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Kazimierz Cholewicz rodem z Krakowa, Karol Ritter z N. Sącza, Franciszek Sobolewski z Bohorodczan w Galicyi i Władysław Więckowski z Nerczyńska w Syberyi.

* **Nekrologija**. W Heidelbergu umarł słynny internista prof. Friedreich, a w Leodyjum w Belgii prof. okulistyki Dr. Mikołaj Ansieux w 80 roku życia swego.

W Poznaniu umarł Dr. Wicherkiewicz starszy, ojciec okulisty a współpracownika naszego; w Krakowie zaś umarł jeden z najzdolniejszych uczniów Wydziału lekarskiego Kazimierz Lubecki.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 27: Sokołowskiego: Przypadek uwięźnięcia kiszki w dziurze zasłonowéj; Szrejbera: Jodoform przy wilku (!); Rothego: Sprawozdanie XII z czynności lekarskiéj w warszawskich zakładach dla obłąkanych za r. 1881; Talki: urazowe uszkodzenia oczu u popisowych i nowozacięźnych. — W *Medycynie* Nr. 27: Korczyńskiego: Uwagi i spostrzeżenia kliniczne. III. Przyczynek do etyjologii i rozpoznawania wrzodów gruźliczych pierwotnych w jelitach (c. d.)

Redakcyja otrzymała:

Dr. J. BUSZEK: Porównanie trwania życia ludności chrześcijańskiéj i żydowskiéj, zmarłéj w Krakowie od r. 1359—1882. (Osobne odbicie ze Zbioru wiadomości do Antropologii kraj. tom VI, dział II), Kraków 1882, in 8vo str. 77.

(O cennéj téj i nader żmudnéj pracy zdamy sprawę późniéj).

W. BERNHARDI: Der Uranismus. Lösung eines mehrtausendjährigen Räthsels. Berlin 1882, in 8vo str. 28.

(Rozprawę tę otrzymaliśmy od nakładcy z prośbą o ocenę. Musimy więc z obowiązku wypowiedzieć zdanie swoje. Pokazuje się, że ród Ulrichsów jeszcze nie wymarł; wprawdzie zamilkł od lat kilkunastu b. asesor hanowerski, wprawdzie Bernhardi zapewnia, że sam nie liczy się do rzeszy samcołożników, nawet polemizuje z Ulrichsem, twierdząc, że on sam pisze na podstawie doświadczenia swego lekarskiego, ponieważ w praktyce swojéj miał do czynienia z samcołożnikami, którzy mu się otwarcie zwierzali,—ale ostatecznie dochodzi do tego samego wniosku, co Ulrichs, tj. żąda zupełnéj bezkarności dla swéj rzeszy. Podstawą niby umiejętną jego rozprawy jest okoliczność, że u 4 samcołożników biernych nie znalazł w nasieniu plemników i dla tego orzeka, że samcołożnik bierny jest potworem płci żeńskiéj(!), który z mężczyzną nic nie ma wspólnego, chyba części płciowe męzkie, i to czasem nie dobrze nawet rozwinięte. A więc poprawne wydanie Ulrichsowskiego „*Anima muliebris corpore virili inclusa*,“ umiejętnie upozorowane. Z 4 przypadków sądzić o wszystkich, — to śmiałość wielka, a zresztą brak plemników nie stanowi jeszcze potworności płciowéj, a tém mniéj całego indywiduum. Ponieważ jednak strona czynna owéj „potworności“ nie okazuje, więc ona chyba na rachunek strony biernéj używać ma bezkarności. Czytającemu rozprawę w mowie będącą niejednokrotnie przypomina się nieparlamentarny Greuterowski wykrzyknik; kwestyja samcołożtwa przez autora nie tylko usuniętą nie została, ale byłaby nawet pogmatwaną, gdyby chciano uważać rozprawę jego za umiejętną).

Piśmiennictwo lekarskie. DICTIONAIRE, Nouveau, de medecine et de chirurgie pratiques. Directeur de la rédaction: le Dr. Jaccoud. Tome XXXI (Rei-Rot. gr. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 10.

DOZE R. De la Régénération du tissu musculaire strié. gr. 8. Paris Baillière et fils. Fr. 3.

DUBRAC F. Traité de jurisprudence médicale et pharmaceutique. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 12.

DZIEWOŃSKI et FIX. Antisepsie primitive sur le champ de bataille. 8. Paris, Berger-Levrault. Fr. 2½.

EICHHORST H. Handbuch der speciellen Pathologie u. Therapie. Mit zahlreichen Holzschn. 1 Hft. gr. 8. Wien, Urban et Schwarzenberg. M. 1.

Do Nru dzisiejszego załącza się dla prenumeratorów po za obrębem Cesarstwa austryjackiego: Regulamin obowiązujący w Zakładzie leczenia wodą Fürstenhof.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 6951
pr.

Ogłoszenie.

Niniejszém ogłasza się Konkurs na dwie posady c. k. lekarza powiatowego względnie asystenta sanitarnego.

Zgłaszający się kandydaci mają swe podania, zaopatrzone potrzebnemi dowodami, wnieść przez swą władzę przełożoną względnie c. k. Starostwo najdaléj do 20 Sierpnia rb.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.
Lwów d. 10 Lipca 1882.

Dr. med. Witold Jaroszyński

ordynuje w **KARLSBADZIE** *(Kaiserstrasse „Warschau“)* od Września zaś jak i w roku zeszłym w **MERANIE**.

Dr. Aleksander Medwej

uwiadamia Szanownych Panów Kolegów że jak dotąd ordynuje, i w roku bieżącym w Zakładzie wodoleczniczym

W ZAWAŁOWIE

gdzie urządził obecnie osobne łazienki z przyrządami do Hydroterapii **dla Izraelitów.**

Poczta w miescu.

SANTAŁ MIDY

Aptékarza pierwszéj klasy w Paryżu.

Olejek santałowy jest używany z powodzeniem zamiast balsamu kopajowego i kubeb.

Jest on nieszkodliwy nawet w wielkiéj dawce. — Użycie jego sprawia już po 48 godzinach, zupełne ulżenie, wypływ zamienia się na sérowate sączenie, bez względu na barwę i obfitość wydzielin.

Użycie jego nie sprawia ani niestrawności ani odbijania się ani rozwolnienia. Mocz nie przybiéra żadnéj woni.

SANTAŁ MIDY jest chemicznie czysty; wydaje się w kształcie kapsułek i zażywa się w ilości 10 do 12 kapsułek przez dzień, zmniejszając liczbę stopniowo w miarę zmniejszania się wydzielin.

Składy: Midy aptékarz w Paryżu 113 Faubourg Saint-Honoré; w aptékach Redyka i Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptéce Piotra Mikolasza; w Warszawie u Spiessa i Synów, Gallego i u Mrozowskiego.

Quina la Roche z fosforanem wapna zalecana w słabościach piersiowych i osłabieniach.

Woda Krondorfska ze zdroju Stefanii podług uznania profesora Lercha, jest najlepszą szczawą, obfitsza w składniki ziem alkalicznych i wolnego kwasu węglowego, przeto i smaczniejsza; daléj **Woda gorzka Morszyńska** ze źródła Bonifacego (cena 26 cent.), **rodzima sól gorzka** ze źródła Bonifacego, **Ług** solankowo-borowinowy i ług ze zdroju Magdaleny w Morszynie.

Ciepłomierze maksymalne angielskie Seiferta nadzwyczaj dokładne i czułe.

Powyższe artykuły jakoteż wszystkie inne wody krajowe i zagraniczne utrzymuje świeże na składzie:
Apteka Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.

Dr. ANJELA

Zakład wodoleczniczy w Zuckmantel

(na Szlązku austryjackim)

W najpyszniejszéj okolicy górskiéj tuż pod lasem położony
Najstaranniejsza piecza o chorych.

Najbliższa stacyja kolei żelaznéj **Ziegenhals** jest o milę odległą.

Zakład jest przez cały rok otwartym.

Dr. J. KOPERNICKI

Docent Uniwersytetu Jagiellońskiego

jak dawniéj od 15 maja ordynuje

W MARIENBADZIE

„Villa Trianon“ od 7 do 8 z rana i od 3 do 6 po południu.

FOSFORAN ŻELAZA

LERASA DOKTORA FILOZOFII.

Grimault i Spółka Aptékarze w Paryżu.

Lek ten w płynie bez smaku, podobnym do wody mineralnéj zawiera właściwe składniki kości i krwi. Jestto najodpowiedniejszy z leków żelazo zawierających, to téż wybór lekarzy całego świata przepisuje lek ten. Jest on pożądanym lekiem dla dziewcząt delikatnych, u których rozwinięcie jest opóźnione, dla kobiet, które cierpią nieznośne bóle żołądka, wywołane przez blednicę, niedokrewność *(anemie)*, miesiączkę lub przez białe upławy; dla dzieci bladego i delikatnego usposobienia, w ogóle dla wszystkich osób, u których ubytek krwi powodowany był słabościami. Dzielność, szybkość działania, dokładne wyleczenie, bez obstrukcyj i atakowania zębów, oto są powody, dla których Panowie Lekarze widzą się zmuszeni przepisywać ten środek leczniczy swym chorym.

Składy: 8 Rue Vivienne w Paryżu: w aptéce Wiszniewskiego w Krakowie; we Lwowie w aptéce Piotra Mikołasza; w Warszawie u Spiessa i Synów, Gallego i u Mrozowskiego.

Dr. ADAMA MAJEWSKIEGO

ZAKŁAD WODOLECZNICZY we LWOWIE (w Kiselce)

przyjmuje chorych na mieszkanie z zupełnem zaopatrzeniem jakoteż tylko dochodzących dla leczenia się, które się odbywa rano od 6 do 8méj i popołudniu od 4 do 6téj godziny pod nadzorem lekarza Zakładu.

BOROWINOWA SÓL i z borowiny

Mattoniego

ŻELEZISTO

BOROWINOWA SÓL
BOROWINOWY ŁUG
z borowiny **w Soos** pod **Francensbadem**

Wygodne zastępstwo **KĄPIELI BOROWINOWYCH**

Środek do przyrządzania **kąpieli mineralnych i solnych.**

Wyciągi borowinowe zawierają wszelkie rozpuszczalne składniki najsilniejszéj borowiny i poprostu dodaje się je do kąpieli. Po użyciu nastają według długoletnich doświadczeń w praktyce szpitalnéj i prywatnéj prawie zupełnie skutki lecznicze kąpieli borowinowych i żelaznych w ***niedokrewności, blednicy, ogólnem osłabieniu i długotrwałych cierpieniach*** zwłaszcza ***kobiecych dróg rodnych.***

Leczenie w domu i zimowe bez osobnéj dyjety.

Rozsełka w paczkach po 1 klgr.

MATTONI i Sp. FRANCENSBAD (w Czechach).

Składy: W ***Wiedniu Henryk Mattoni;*** w ***Budapeszcie Mattoni i Wille*** i we wszelkich składach wód mineralnych i aptekach.

Nakładem Towarzystwa ekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 22 lipca 1882. № 29. Rok XXI.

I. Z pracowni dla patologii doświadczalnéj Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. Dra Adamkiewicza.

O zachowaniu się serca wśród dławienia i topienia.

Napisał Dr. W. Pisek,

b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

I.

Wprowadzenie metody graficznéj na większą skalę do nauk lekarskich, w drugiéj połowie bieżącego stólecia, oddało tymże znaczne usługi. Skoro tylko poczęto zdejmować rysunki sfigmograficzne parcia ościennego krwi, wykryto mnóstwo szczegółów dotąd nieznanych lub mylnie pojmowanych. Działy medycyny sądowéj względnie dość mało z téj pomocy korzystały, a jednak szczegóły delikatniejsze odnoszące się do zachowania się parcia krwi przy dławieniu, utopieniu itd., przedmioty tak wielkiéj wagi, nader niedostatecznie są znane, a tylko użycie całego zasobu środków, jakiemi rozporządza doświadczalna patologija w tym kierunku, pomocném nam być może.

Zachęcony przez prof. Dra Adamkiewicza do wyjaśnienia tych pytań wykonałem w jego pracowni szereg doświadczeń, których poważna liczba ośmiela mnie do ogłoszenia wyników. Na tém miejscu składam zarazem Czcigodnemu Profesorowi serdeczne dzięki za pomoc i radę, któréj mi z rzadką uprzejmością udzielał, nie skąpiąc ni czasu ni trudu przy mozolnych nieraz doświadczeniach.

Zależność parcia krwi od oddechów znaną jest od dawna. Wiemy, że linija krzywa jaką rysuje pióro na kymografionie Ludwiga, okazuje jeszcze, prócz drobnych wzniesień tętnu odpowiadających, większe wzniesienia wywołane zmianami parcia ościennego krwi skutkiem oddechów. Na początku wydechu parcie największe opada najniżéj przy początku wdechu. Dotyczy to oczywiście i tętna, gdzie nie- tylko szereg krzywych temuż odpowiadający okazuje faliste wzniesienia lecz i krzywe odpowiadające poszczególnemu tętnu okazują również pewne od fazy oddechowéj zależne właściwości. (*Marey: Physiol. méd. de la circul. Paris, 1863 S. 284. Wolff: Charakteristik des Arterienpulses, 1865. Landois: Die Lehre vom Arterienpulse. Berl. 1872, S. 193, 270. Herrmanns Physiologie, Z. IV, 266).* Głębsze oddechy czynią wachania te wybitniejszemi, przy mniéj głębokich nie widać tak znacznych wachań.

W szczególności co do wpływu zmienionego oddychania na parcie ościenne krwi względnie na tętno wiemy, że oddychanie powietrzem zgęszczoném ma według Einbrodta obniżać takowe, podwyższa je zaś oddychanie rozrzedzoném powietrzem. Powyższa zasada silnego znalazła przeciwnika w Waldenburgu, który na podstawie swych spostrzeżeń do przeciwnych przychodzi wniosków. Nie ulega jednak wątpliwości, na co i Rollet *(Herrmann l. c. 297)* się zgadza, że szereg krzywych tętna *(Pulscurvenreihe)* wznosi się w całości i to powoli, gdy powietrze w płucach zwolna ulega zgęszczeniu, nagle zaś, gdy zmiana gęstości szybko się rozwinęła. Tętno przytém staje się mocno dwubitném, drobne, częstsze, a pośród coraz wybitniejszéj „małości tętna“ występuje w końcu, przy znacznie wygórowaném ciśnieniu, brak tętna. *(Weber : Arch. f. Anat. u. Phys., 1851. Donders Physiol. 47* cytowany przez Herrmanna *(Lehrb.)* monografija Rolleta).

Co do zachowania się parcia krwi wśród duszenia wiemy bardzo mało, a to co wiemy jest tak ogólnikowém, że nas żadną miarą zadowolić nie może. Niektórzy autorowie, jak Maschka, Hoffmann, Casper-Liman, tylko nader pobieżne czynią wzmianki o tym przedmiocie. Mianowicie, że wśród *acme* duszenia się *(Höhe der Erstickung)* stają się ruchy serca powolniejsze później nieco częstsze by powoli stając się znów słabszemi wreszcie zupełnie ustać *(Hoffmann. Lehrb. d. ger. Med.,* 1881, str. 453). Doświadczeń odnośnych autor ten nie czynił. Doświadczenia

Lukomskyego tylko ogólnikowo stwierdzają podwyższenie parcia ościennego krwi przy duszeniu *(Berl. Viertelj. f. ger. Med. 15, II, 1)* a prace Högyesa (*Arch. f. exp. Path.*, 1876, t. 5) dotyczą właściwie tylko zachowania się oddechów w zamkniętym przestworze. Jak tedy widzimy zbyt szczupłe grono pracowników zajmowało się tą kwestyją i to nader ogólnikowo, a wyniki są wcale skromne.

Naszém zadaniem było przedewszystkiém zbadać dokładnie zachowanie się parcia krwi wśród dławienia, względnie wśród duszenia w różnych jego okresach przy wykluczeniu wszelkich innych, wyniki mącących, wpływów. Następnie chodziło nam o porównawcze zestawienie tych wyników z rezultatami otrzymanemi przy sztuczném topieniu zwierząt i o wyprowadzenie ogólnych wniosków, o ile byłyby możebne.

Opisem metody wyprzedzamy podanie rezultatów doświadczeń. Komu bowiem znane są tego rodzaju doświadczenia, ten wie jak różnorodne na pozór mogą być wyniki, jeżeli strony technicznéj najdokładniéj nie uwzględniono. W tym przypadku témbardziéj trzeba być ostrożnym, gdzie precyzyja przyrządu znaczną odgrywa rolę. Dla porównania postaraliśmy się najprzód o zdjęcia obrazów sfigmograficznych, odpowiadających prawidłowemu parciu krwi u królików, na których wszystkie doświadczenia wykonywałem.

Zwierze pozostawało w lekkiéj narkozie uskutecznionéj za pomocą eteru siarczanego (na strzępach waty), narkoza zwolna ustępowała, tak że tylko pierwsze wstępne rękoczyny odbywały się na zwierzęciu uśpioném, zachowującém się późniéj zazwyczaj spokojniéj. Obrazy sfigmograficzne pochodzą tedy z okresu, gdzie brak narkozy. Przypadków, gdzie niespokój zwierzęcia mącił rezultat, nie uwzględniałem.

Manometer jednem swém ramieniem za pomocą rurki kauczukowéj pozostawał w związku z tętnicą szyjną (*carotis*), w któréj tkwiła kaniula szklana, drugi zaś koniec manometru przechodził za pomocą krótkiéj rurki kauczukowéj na „polygraf kurka“. Manometer był wypełniony w części rtęcią a w części dwuwęglanem sodowym. Ilość obu tych składników oznaczałem sobie dopiero po licznych próbach. Dodać należy, że przyrząd dopiero wtenczas był w ruch puszczany gdy można było stwierdzić, że ruchy oddechowe zwierzęcia, ruchy manometryczne itd. odbywały się zupełnie jednostajnie i utrzymywały się czas jakiś w téj saméj postaci.

Duszenie zwierząt odbywałem częścią przez zamknięcie tchawicy od zewnątrz, lub téż wlewałem wodę naśladując tym sposobem utonięcie. (Dławienie i topienie). Tchawicę dokładnie i ostrożnie odsłoniętą i odpreparowaną następnie zaciskano albo taśmą albo téż pensetą i to częścią nagle, tj. naraz zaciśnięto tchawicę lub téż powoli. Wodę wlewałem za pomocą rurki szklanéj zagiętéj w głąb tchawicy wprowadzonéj. I wlewanie wody albo odbywalo się za jednym razem (2—3 sekund), aż do wypełnienia tchawicy, lub téż powoli (8—10 sekund).

Rzecz naturalna, że wystrzegano się wszelkiego niepotrzebnego drażnienia tchawicy lub tkanek, wiedząc jak okoliczności te na tętno wpływają. Zwierzęta do doświadczeń użyte były mniéj więcéj tych samych rozmiarów, jak również warunki wszelkie inne były niezmienione. Tułów królika zazwyczaj lekko był pokryty ręcznikiem dla uniknięcia zadziałania zimna na te zwierzęta bardzo drażliwe. Sekcyje w odnośnych przypadkach były natychmiast wykonane.

II. Oceny i sprawozdania.

Gerhardt: **Handbuch der Kinderkrankheiten** nowe wydanie poszytowe drugiego, znacznie pomnożonego, nakładu. Tybinga 1881. Zeszyt 3ci str. 255.

Zeszyt ten zawiera dokończenie terapii ogólnéj prof. Binza, rozpoczętéj w zeszycie 2gim, śmiertelność dzieci opracowaną przez Dra L. Pfeiffera z Wejmaru str. 205—356, szczepienie również pióra Pfeifera str. 355—438, wreszcie początek rozprawki Baginskiego pt.: uczęszczanie do szkoły.

Terapija ogólna uwzględnia zwłaszcza te grupy leków, które dla organizmu dziecięcego szczególnie ważną odgrywają rolę, czy to dla tego iż zastósowanie ich częściéj wskazaném jest w wieku dziecięcym lub téż dla tego, że działanie ich daleko energiczniejszém jest wobec większéj wrażliwości ustroju dziecięcego, tłumaczy, o ile to dotychczas jest możliwém, działanie ich fizyjologiczne i omawia wreszcie sposoby podawania leków w wieku dziecięcym.

Z grupy narkotyków podnosi głównie ważność chloralu dla praktyki dziecięcéj zaleca olejki eteryczne i wskazuje wreszcie amyl-nitrit, dotychczas mało u dzieci stósowany a posiadający wszelkie warunki, ażeby w stanach chorobowych, drgawkami się objawiających, rozległe znajdował zastósowanie. Co do leków przeciwgorączkowych omawia przedewszystkiém działanie chininu, zwraca uwagę iż dzieci nawet o wiele lepiéj znoszą takowy, aniżeli dorośli, że wymioty występujące po pierwszorazowém podaniu polegają na działaniu na ośrodki dla wymiotów w rdzeniu przedłużonym, dowodem wymioty po wstrzykiwaniach podskórnych, i już przy dalszém podawaniu się nie powtarzają. Salicylan sodowy jakoteż kwas salicylowy u dzieci z ostrożnością podawać należy z powodu działania osłabiającego akcyi serca i zapadu, jaki często sprawia. Wcale dobrym lekiem, tu należącym, jest kalomel, który, zamieniając się w trzewach na sublimat, wstrzymuje rozwój fermentów, działa zatém przeciwgnilnie, a następnie wypróżnia treść jelita, regulując tém samém i krążenie, przykładem tego dobre rezultaty po podawaniu w durze brzusznym lub cholerze dzieci. Podawanie digitalinu nie uważa za praktyczne; działa on bowiem przeciwgorączkowo przez pobudzenie krążenia obwodowego, powiększenie ciepłoty na powierzchni ciała, a tém samém obniżenie wnętrza, obawiać się zatém należy porażenia serca zwłaszcza w organizmie dziecięcym. Natomiast zaleca kąpiele letnie lub chłodne, których działanie przeciwgorączkowe również polega na zwiększeniu oddawania cieplika na zewnątrz. Kąpiele 25—30° przez 10 minut już wystarczają do obniżenia ciepłoty o 1—2°. W skutek kąpieli obniża się najpierw cieplota powierzchni ciała, wkrótce następuje wyrównanie przez obniżenie się ciepłoty wnętrza; po pobudzeniu naczyń obwodowych, tj. zwężeniu, następuje rozszerzenie takowych, przekrwienie skóry i większe promienienie cieplika na zewnątrz. Z leków podniecających zaleca bardzo alkohol, który pobudza zarówno system naczyniowy, nerwowy i trawienia; w dawkach większych działa przeciwgorączkowo w mniejszych podniecająco, odżywczo działa jako materyjał palny podobnie jak tłuszcze i węgleki wodu, służąc w miejsce tkanek do tworzenia się prawidłowego cieplika, jest wreszcie dobrym lekiem przeciwgnilnym. Kąpiele ciepłe mają swą wartość tylko w stanach niezapalnych. Leki drażniące skórę nie ulegają co do działania swego kontroli. Z leków odżywczych omawia żelazo, tran, fosforan wapna i fosfor, kąpielom słodowym odmawia działania od-

żywczego, przyznaje je natomiast gumie arabskiéj, dodawanéj do mleka, z absorbujących zaleca dwuwęglan potasu, z wymiotnych apomorfin, choć przypadki zapadu zakończone śmiercią nie są rzadkie i kończy nareszcie podaniem wskazówek praktycznych tyczących się wprowadzania leków do organizmu.

Śmiertelność dzieci opracowana przez L. Pfeiffera z Wejmaru (str. 205—354) opatrzona kartą litograficzną, 6ma tablicami i 12ma drzeworytami opiera się na rozlicznych datach statystycznych z uwzględnieniem dość szczegółowém literatury i ma na celu wykazanie prawideł tyczących się obumierania dzieci, okoliczności, które na takowe wpływają i środków zaradczych, któreby wygórowaną śmiertelność zmniejszyły. Po omówieniu stosunku ludności dziecięcéj do ludności ogólnéj, tak w poszczególnych państwach europejskich, o ile się to daje obliczyć, jak i we wszystkich częściach ziemi, uwzględnieniu przewagi chłopców między ludnością dziecięcą, uwzględnieniu nieżywo urodzonych, ich procentu i zależności od rozmaitych wpływów, obliczeniu ilości i płodności małżeństw, zatém ilości porodów, jakotéż porodów dzieci nieślubnych, zastanawia się autor nad wpływem śmiertelności dzieci na ogólną śmiertelność, poczém wykazuje porządek obumierania w wieku dziecięcym jako to: śmiertelność noworodków, dzieci do 1go tygodnia, chłopców w stosunku do dziewcząt, wpływ wieku rodziców na śmiertelność dzieci. Następnie kreśli obraz geograficzny stanu śmiertelności, podnosi śmiertelność dzieci miejskich, dzieci nieślubnych i sierót, uwzględnia jako czynnik niekorzystny zwyczaj oddawania dzieci na wychowanie, wreszcie omawia śmiertelność w zakładach podrzutków i szpitalach dziecięcych. W dalszéj części zajmuje się śmiertelnością i wahaniami jéj u dzieci od 0—1go roku życia, zależnością takowéj od wysokości kosztów pielęgnowania położnic i osesków wpływem korzystnym dobrobytu, ujemnym zatrudnienia kobiet przy fabrykach, wpływem tanich lub drogich czasów, daléj stosunku pokrewieństwa rodziców, właściwości poszczególnych ras, klimatu i pór roku, sposobu karmienia i pielęgnacyi, a wreszcie wyszczególnia wpływy rozmaitych grup chorób dotyczących wieku dziecięcego. W końcu zaś podaje i omawia środki zaradcze dla zmniejszenia wygórowanéj śmiertelności, których przeprowadzenie według zdania referenta tylko w teoryi jest możliwém. (Dok. nast.)

Dr. Poelchen: **O rozmiękczeniu mózgu po zaczadzeniu.**

Mimo licznych prac nad działaniem tlenku węgla na organizm ludzki mało dotąd wspominali autorowie o działaniu tegoż na mózg, i sprawę tę pomijano milczeniem nawet w obszerniejszych dziełach zbiorowych. Chcąc zwrócić uwagę lekarzy na ten ważny objaw, ogłasza autor przypadek, który sam obserwował: 37-letnia żona wyrobnika, przedtém zupełnie zdrowa, podległa w nocy zaczadzeniu wraz z mężem. Dwa dni po tym przypadku leżała bez przytomności, w ciągu następnych dni ośmiu przyszła zupełnie do siebie wśród leczenia tak, że mogła wziąć udział w zwykłych swoich zajęciach. W miesiąc późniéj spostrzegł jéj mąż, który po zagorzeniu był tylko osłabiony przez kilka dni, że żona staje się coraz ociężalszą, przystaje lub usiada często bez przyczyny i robi wrażenie dziecka bez silnéj woli. Mowa jéj utrudniona od samego początku stawała się wlokącą, nareszcie chora przestała mówić, musiano ją sztucznie karmić, odnogi sztywniały z dnia na dzień, pozaginane w łokciach i w kolanach dozwalały choréj siedzieć tylko lub leżeć skurczonéj. Obok tego spostrzeżono uporczywe zaparcie stolca i zatrzymanie moczu. Anamneza nie wykazała ani zakażenia kiłowego, ani gośćca stawowego, ani choroby sercowéj, stan zaś obecny przedstawiał się w ten sposób: Osoba nizkiego wzrostu, budowy wątłéj, chuda, o twarzy bladéj zajmuje łatwo każde położenie, jakie jéj nadano, wkrótce opada jednak ociężale na posłanie. Nie biorąc udziału w tém co się dzieje w około niéj, ma oczy szeroko, równo rozwarte, zwiera je za zbliżeniem ręki, źrenice równe nie oddziaływają wcale a badanie wziernikowe wykonane z wielką trudnością nie wykazuje zmian, przytém chora stęka i wzdycha głośno. Na głośne wołanie nie oddziaływa, język wystawia, gdy jéj giestem pokazano o co chodzi, równocześnie uśmiecha się. Ani język ani języczek nie zbaczają, gra mięśni po żadnéj stronie twarzy nieupośledzona, obie połowy oddziaływają jednako i szybko na ukłucia igłą. Połyka i żuje bez trudności, objawia lekkie stężenie mięśni karkowych. Oddech wolny 20 razy na minutę, prawa połowa klatki piersiowéj mniéj się porusza. Badanie nie wykazuje zmian w narządach wewnętrznych. Brzuch zapadły, niebolesny, stolce wodniste oddaje bezwiednie, mocz odprowadzony cewnikiem ma woń amonijakalną, mętny, w osadzie ciałka ropy, białka bardzo mała ilość, cukru nie zawiera. Odnogi górne skrzyżowane na piersi i zgięte w stawach łokciowych, chora nie prostuje ich na żądanie, lecz udaje się to wykonać z mierną siłą tylko po stronie lewéj. Ruchy bierne w stawach barkowych niemożebne z powodu znacznego stężenia mięśni. Palce ręki prawéj ciągle, lewéj po największéj części zgięte na kształt szponów, przedmiot wetknięty w rękę lewą chwyta kurczowo przebierając szybko palcami, prawą ręką stara się chwycić tak samo, lecz nie jest w stanie. Odnóg dolnych, również pozaginanych, nie prostuje na wezwanie, lecz udaje się wyprostować, je używając miernéj siły, przyczém nie można spostrzedz różnicy w napięciu zginaczy obu odnóg. Po ukłuciu igłą zgina chora prawą nogę szybciéj niż lewą, po téjże stronie jest odruch kolanowy wygórowany, objawu stopowego Westphala brak. Wśród badania stara się chora obronić lewą ręką, prawa spoczywa bezwładnie, nie oddziaływa na bodźce zewnętrzne. W ciągu następnych 9ciu dni dokładnéj obserwacyi lekarskiéj spostrzeżono porażenie mięśni twarzowych po stronie lewéj, stężenie w odnogach wzrastało, chora dławiła się łatwo wśród karmienia, w okolicy krzyżowéj powstała odleżyna, a jako sprawę, która ostatecznie życiu kres położyła, rozpoznano zapalenie płuc po stronie prawéj z wszystkiemi objawami wypukowemi i przysłuchowemi, ze stanem gorączkowym miernego nasilenia.

Sekcyja wykazała obok zmian w płucu za życia rozpoznanych: dwa ogniska w mózgu żółto-rozmiękłe zupełnie, symetrycznie zajmujące ciałko prążkowane i jądro soczewkowate, rozciągające się na 1,5cm. wzdłuż a na 0,5 w szerokość, reszta istoty mózgowéj blada i wilgotna. Przyczyn, któreby mogły sprowadzić zatory odpowiednich tętnic, nie zdołano wykazać.

Że w przypadku opisanym powstało rozmięknienie mózgu w skutek zaczadzenia stwierdzają nietylko przypadki podobne opisane przez Klebsa (*Virchows Archiv* T. 32) i Simona (*Archiv für Psychiatrie* 1 T., p. 265), lecz i doświadczenia, które pierwszy czynił na zwierzętach i udowodnił związek istniejący pomiędzy zaczadzeniem a rozmięknieniem mózgu. Zestawiając spostrzeżenia robione na 10 przypadkach znanych w literaturze, widzimy, że w połowie przypadków istnieje prawie 4 tygodniowy przedział pomiędzy powstawaniem objawów ze strony mózgu a zaczadze-

niem, w kilku spostrzegali autorowie stężenie mięśni, w dwóch drżenie odnóg, a w siedmiu sprawdzono ogniska rozmiękłe w mózgu. Zachodzi pytanie jak powstają ogniska rozmiękłe w mózgu po zaczadzeniu? Nie stać nas wprawdzie na ścisłą i dokładną odpowiedź, najpodobniejszém jednak do prawdy zdaje się być przypuszczenie autora, który, opierając się na wynikach doświadczeń Klebsa, sądzi że skutkiem działania tlenku węgla rozszerzają się naczynia mózgu, ściany ich ulegają stłuszczeniu, tracą sprężystość, skutkiem czego powstaje upośledzenie krążenia i może nawet przyjść do zupełnego zastoju tak jak w częściach ulegających działaniu znacznego zimna, brak należytego odżywienia ma sprowadzać nekrozę odpowiednich części, gdy właściwe rozgałęzianie się tętnic tłumaczy okoliczność, że zmiany te powstają przedewszystkiém w mózgu. Inną jeszcze drogą prowadzi stłuszczenie, a więc zmniejszenie odporności ściany naczyniowéj do upośledzenia krążenia. Klebs wykazał około naczyń wybroczyny obfite uciskające światło tętnic od wewnątrz, zupełnie jak tętniaki międzywarstwowe: w postaci ognisk wrzecionowatych, w których wbrew twierdzeniu Traubego znajdował ciałka krwi dobrze utrzymane, widział uciśnięte naczynie. Oprócz tych mechanicznych czynników może i szczególna własność krwi, sprowadzającéj stłuszczenie, gra tutaj pewną rolę, w tym razie jednak stłuszczenie przybierałoby rozleglejsze rozmiary.

Rozumując, że środki zwężające światło naczyń powinnyby w tych przypadkach powstrzymać rozmięknienie mózgu, polecał Klebs wstrzykiwanie przetworów sporyszu. Używanie tego leku w podobnych przypadkach nie rozpowszechniło się w praktyce, a czy mógłby być skutecznym wątpić można, gdyż nowsze badania odmawiają sporyszowi wszelkiego wpływu na zmniejszanie światła naczyń. (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1882. Nr. 26). *J. Schaitter.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Zatrucie kwasem karbolowym** po zewnętrzném zastosowaniu zauważył prof. Monti w Wiedniu u 6-tygodniowego dziecka. Dziecko cierpiało na wyprysk (*Eczema*) z oddzielaniem się skóry, a że najrozmaitsze środki przeciwko cierpieniu użyte okazały się bezskutecznemi, zalecił Monti okłady z wody zawierającéj na 1000 części oliwy i wody wapiennéj tylko 4 części kwasu karbolowego (a zatém tylko 2%). W pięć godzin po zastosowaniu okładów dostało dziecko nagle kurczów mięśniowych, zapadło w głęboki sen i pojawiło się takie osłabienie, że dziecko już nawet ssać nie mogło. Zaprzestano natychmiast okładów, przyłożono na rany czystą oliwę i dla wzmocnienia dano dziecku trochę herbaty z arakiem. Pomimo użycia chłodnych kąpieli zaraz nazajutrz twarz i ręce dziecka były żółtobrunatne, mocz ciemno-brunatny, stolec żółto-brunatny; kurcze mięśniowe trwały ciągle i dopiero po 6ciu dniach nastąpiło wyzdrowienie. To spostrzeżenie wskazuje, iż zachowywać wypada największą ostrożność w używaniu kwasu karbolowego u małych dzieci, témbardziéj, że wiele osób uważa go za zupełnie niewinny środek domowy, który dzieci łatwo znoszą. (*Gesundheit*, 1882, IX).

(K. G.) **Ostrożności, jakie należy zachować przy użyciu pryszczydeł.** Spostrzeżenie, że zatrucie kantarydynem nastać może w skutek pochłonienia przez skórę cząsteczek much hiszpańskich, użytych do przyrządzenia pryszczydła, dało powód lekarzom francuzkim do badań nad tym przedmiotem. Różne ciała naukowe powyznaczały komisyje celem zastanowienia się czy nie należałoby wykreślić tego niebezpiecznego środka z listy środków leczniczych lub czy z drugiéj strony dla usług, które- od daje jako środek odciągający lub drażniący, nie wypadałoby postarać się o uczynienie nieszkodliwym jego wpływu trującego lub na wszelki przypadek złagodzenie tegoż. Sprawą tą zajmowało się nie dawno Towarzystwo terapeutyczne, a rozprawy doprowadziły do następujących wniosków: Wpływ ochronny jaki przypisywano do dziś dnia kamforze lub proszkom alkalicznym, które miały zapobiegać powstaniu zatrucia jest zagadkowy, a Towarzystwo zaleca jako środek najskuteczniejszy umieszczenie papieru umaczanego w oliwie pomiędzy skórą a pryszczydłem. Mimo to zaleca, aby plaster odjąć skoro tylko przyskórek wznosić się zacznie, co poznaje się po tém, że skóra staje się lekko chropowatą, nastaje to zaś u dorosłych po 6—8 godzinach, Pryszczydło należy w tym czasie odjąć i przyłożyć kataplazm, który uzupełni działanie pryszczydła i sprawi utworzenie się pęcherza nadającego się do wszelkich dalszych zamiarów. Pryszczydło nie powinno mieć wielkich rozmiarów i szczelnie przylegać. Należy tu baczyć, aby nie stosować pryszczydła na miejsca ogolone i zwracać uwagę, aby przyskórek w czasie przylegania plastru nie pękł, aby uniknąć wszelkiego powodu do pochłonienia trucizny. Dodatkowo do tych środków ochronnych można używać napojów rozcieńczających i alkalicznych, zwłaszcza gdy chory objawia skłonność do cierpień dróg moczowych. (*The Lancet*, 1882, I, Nr. 25, str. 1056).

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

Posiedzenie zwyczajne z d. 18 marca 1882.

Przewodniczący Dr. Rożański. Członków obecnych 32.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dr. Jasiński odczytał dokończenie swéj rozprawy: „O uzdrowiskach kąpielowych nad morzem północném“ (p. prot. z posiedzeń z d. 19 listopada 1881 i 11 lutego 1882). Rozprawa ta będzie osobno wydaną.

3) Dr. Krobicki opisał kilka przypadków choroby obserwowanéj we Lwowie, którą uważa za zimnicę z nerwobólami i obrzmieniem stawów. W rozprawie nadmienił Dr. Pawlikowski, że w ciągu swéj praktyki we Lwowie, a zwłaszcza w jednym roku, widział kilkanaście przypadków zimnicy z nerwobólami, nie przydarzyło mu się atoli ani razu obserwować obrzmienia stawów jako powikłania zimnicy.

4) Dr. Pisek, przed rozpoczęciem właściwego wykładu, *a)* okazał macicę ciężarną w szóstym miesiącu ciąży z płodem i błonami płodowemi *in situ*, jako rzecz, którą się nie często widzieć zdarza i zwracał uwagę na szczegóły przywodzone tak często przez gynekologów, jak zachowanie się w tym okresie ciąży odcinka dolnego macicy i części pochwowéj; *b)* następnie przeszedł do właściwego przedmiotu wykładu, okazując wrzód gruźliczy żołądka, któremu nie towarzyszyły nigdzie wrzody w kiszkach. W rozprawie Dr. Biesiadecki uznaje rzadkość przypadku, zwraca uwagę na znaczenie rozpoznawcze gruzełków rozsianych na otrzewnie w miejscu, odpowiedniém siedzibie wrzodu na błonie śluzowéj żołądka, te bowiem rozstrzygają o naturze wrzodu. Wspomniał przytém i o kile, i dla tego zapytał prelegenta o szczegóły sekcyi, dotyczące innych narządów, które zwykle bywają zmienione w tém cierpieniu. Prelegent wyjaśnił dodatkowo, że ani na prąciu, ani w przewodzie oddechowym, ani w wątrobie lub jądrach nie było żadnych zmian kiłowych; *c)* nakoniec Dr. P. okazał żołądek, w którym w części odźwiernikowéj na ścianie tylnéj w tkance podśluzowéj umieszczony był ropień wielkości orzecha laskowego. Błona śluzowa nad ropniem, nieznacznie tylko przekrwiona, wypuklona i trochę napięta, nie okazywała w innych okolicach żołądka zmian chorobowych. Treść ropnia przedstawiała się w postaci ropy płynnéj, zielonkowato-żółtéj, niecuchnącéj. Ściany ropnia strzępiaste, nierówne, dno sięga do warstw mięsnych.

Otrzewna prawidłowa. Ropień ten prelegent uważa za przerzutowy, gdyż i w płucach znalazł ognisko zgorzelinowe, wypełnione cuchnącą ropą jako przerzut z jamy gruźliczéj w szczycie płucnym. Ropień pomieniony żołądka dla tego przedstawia zgromadzeniu, iż odgraniczone ropienia tkanki łącznéj podśluzowéj żołądka nie raz może odgrywają rolę w etyjologii wrzodów żołądka w ogólności, napięta bowiem błona śluzowa łatwo może obumrzeć, jak to widzimy na innych ubytach, powstających w skutek nekrozy warstwy powierzchownéj tkanki napiętéj i uciśniętéj przez gromadzące się pod nią produkty zapalne. W rozprawie nadmienia Dr. Biesiadecki, że na możliwość powstania owrzodzeń żołądka w sposób wyrażony przez prelegenta zwracał już Rokitansky uwagę.

5) Nawiązując do ostatniego przypadku, Dr. Różański opowiada w streszczeniu przebieg kliniczny cierpienia chorego, z którego preparat pochodzi. Jako szczegół ciekawy uwydatnia objawienie się gruźlicy wrzodem rozległym na wardze dolnéj, wyglądającym tak dalece na wrzód kiłowy późnego okresu, że za taki go miało kilku kolegów. Następnie opowiada drugi przypadek, gdzie jednym z objawów gruźlicy, oprócz zmian w płucach i płytkich rozlanych nacieków na błonie śluzowéj policzków, był rozległy, głęboki wrzód na końcu nosa, który zniszczył część chrząstkową przegrody w ten sposób, że skóra nosa wisiała w kształcie okapu niepodpartego, na brzegach nierówno powygryzanego. W obu przypadkach przebieg choroby i sekcyja potwierdziły gruźlicę.

6) W związku z tematem przerzeczonym Dr. Mahl opowiada przypadek gruźlicy gardziela i krtani u człowieka, który przebył wrzód stwardniały, przypadek ważny pod względem rozpoznawczym i leczniczym. (Będzie ogłoszonym w Przegl. Lek.). W rozprawie ozywionéj zabierali głos Drowie: Biesiadecki, Laskiewicz i Pisek. *Dr. Dyhdalewicz.*

IV. Lekarze i leczenie w Turcyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski
w Kutahii w Anatolii.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 28).

Wspomniałem już, że makowiec stanowi podstawę wszystkich preparatów leczniczych na Wschodzie. Zwykle używa się go w stanie napół stężałym, jako łatwiéj nadającego się do zarobienia z innemi istotami. Używanie jego tak jest tu rozpowszechnione, że nawet dotknięci kiłą późniejszą posługują się nim w połączeniu z przetworami rtęci. W takich razach do pewnéj ilości makowca dodaią cztery gramy dwuchlorku rtęci, zarabiają w gałkę wielkości laskowego orzecha i taką masę rzucają na rozżarzone wegle „Nargilli". Pacyjent przykrywszy głowę pochłania dym wydzielający się, lub téż zatrzymuje go tylko w ustach przez parę minut. Takie traktowanie kiły widziałem głównie u Arabów i Persów mieszkających w okolicach ruin Babilonu. Jednak przypadków wyleczenia nie zauważyłem. Lecz za to w usunięciu przerażających następstw, nieraz wypadało walczyć zastosowaniem odpowiedniejszych środków.

Nie podobna mi zakończyć rozdziału o samém leczeniu w Turcyi, bez zatrzymania się przy progu domu popularnych specyjalistek w traktowaniu chorób wewnętrznych, owych wspomnianych już wyżéj znachorek, zwanych gelendżykczy. Mieszkania tych dam oblegają poprostu gromady dobrodusznych prostaczków, zaufanych z góry w potęgę leku, przygotowywanego przez samą tylko gospodynię. Chorzy tacy przybywają bardzo wcześnie po dostanie cudownego środka, który przyrządzony w rannych godzinach, ma posiadać wyłączną własność leczniczą. Przy wejściu do takiego domu spotkamy się naprzód z odźwiernym, barczystym i silnym Ormijaninem, tragarzem, którego zadaniem jest wzbraniać wejścia, dopóki nie nastąpi godzina wydawania leku. O kilka kroków od drzwi wchodowych znajduje się pracownia znachorki, niebędąca czém inném jak tylko zwykłą kuchnią z ogromnym w środku piecem, i szczególnie poważnym kotłem, służącym do przygotowania ciekawego leku. Piec otaczają małe butelki, wypełnione ciemno-czerwonym płynem i pozatykane trochą waty, zamiast zwykłego korka. Sposób to, służący niejako do wyróżnienia leku przygotowanego przez znachorkę od wyrobów otrzymywanych z aptek. Prócz wspomnianego płynu w téjże saméj warzelni przygotowuje się także nieomylny czerwonawy proszek, wielkiém cieszący się powodzeniem. Zawinięty w małe pakieciki, bywa nawet wysyłany na prowincyję i tam powszechném cieszy się uznaniem. Dla zadowolenia ciekawości wypadało zwrócić się do rozbioru chemicznego w celu wykazania części składowych dwóch tych przetworów. Przekonano się więc, że płyn jest zwykłym wywarem roślin rozmiękczających i zawiera małą ilość czerwonego siarczku antymonu (Kermes), wodę różaną i ulepek cukrowy. Twierdzą jednak, że i robaczki ziemne, owe niewinne *Lumbricus terrestris*, po dokładném przeobrażeniu ich na masę, także dodają się do cudownego leku. I to jest prawdopodobném. Proszek zaś nie zawiera nic więcéj nad Kermes i trochę cukru z dodatkiem olejku pomarańczowego. Wreszcie, gdy lek jest gotowy, otwierają się drzwi ciekawéj pracowni i następuje rozdzielanie buteleczek ku największemu zadowoleniu biednych czekających, stosownie do pory roku, ziębłych lub spoconych, lecz nieostygłych w zaufaniu pokładaném w znachorce. Nikt z takich chorych nie bywa pytany o swą dolegliwość. A tylko każdy dostaje buteleczkę leku, którego cena jest stałą i dość znaczną, bo wynosi na naszą monetę przeszło 40 centów. Gdy zaś w gromadzie zaślepionych biedaków znajdzie się chory życzący sobie poradzić się saméj mistrzyni, to i to może mieć miejsce, ale tylko po wyekspedyjowaniu prostaczków. Gdy ostatni z nich oddali się z otrzymaną buteleczką, wtedy dopiero pani domu z całą powagą zchodzi z górnych apartamentów, zatrzymuje się parę razy na schodach i jednym rzutem oka obejmując wszystkich szukających jéj rady, zdaleka już rozpoznaje, rokuje i rzuca rozkaz dania każdemu z podobnie uprzywilejowanych również buteleczki znanego płynu. Dla wyróżnienia jednak pośpiesza dodać, że chory pijąc jéj cudowny lek, powinien powstrzymać się od używania potraw mlecznych i mięsnych, słowem tego wszystkiego co podtrzymuje siły pacyjenta, zmuszonego nakazanym postem do częstego odwiedzania znachorki. Dawszy taką radę, cudowna lekarka z równą powagą wraca do swych pokoi i zadawala się z dobrze użytego dnia. Takich specyjalistek, będących zwykle dawnemi służącemi po domach zamożnych, nie brakuje w wielkich miastach Turcyi. Przeważnie i z zamiłowaniem oddające się leczeniu kobiet, wszystkie cieszą się ogólném zaufaniem, dzięki któremu żyją wygodnie a często i z wyszukaną przesadą. Biedne społeczeństwo prawdziwie godne pożałowania!

Czwarta kategoryja leczących, mianowicie kasty duchownych rozmaitych reguł i wyznań, odgrywają także nie małą rolę. Z ich sposobem traktowania łatwowiernych, zapoznaliśmy się już uprzednio. Teraz więc pozostaje mi tylko dodać, że ci bogobojni ludzie nie ograniczają się tylko do modlitwy i pisania „Muska" lecz jeszcze posługują się własną śliną lub ochuchiwaniem okolic ustroju dotkniętych cierpieniem. Inni znowu i to najczęściéj wędrowni derwisze, posuwają się jeszcze daléj w swéj praktyce, posługując się kamyczkami wydobytemi z pęcherza moczowego antylopy

lub wielbłąda. Produkt taki, nazywany cudownym, pochodzącym z niebios, bywa używany w przypadkach bardzo wyjątkowych tylko, jak np. w stanach chorobowych grożących niebezpieczeństwem, w cierpieniach długo i bez skutku leczonych itp. Sposób zaś zastosowywania tego ciekawego środka zależy na naskrobaniu końcem scyzoryka pewnéj ilości proszku z kamyczka, wrzuceniu proszku do pewnéj ilości wody i zaleceniu choremu natychmiastowego jéj wypicia, bo na tém ma zależeć cała siła lecznicza tego specyjału. Chory pijąc, powinien myśleć o przyszłém odwiedzeniu miejsc świętych dla każdego muzułmanina. Gdy zaś cierpiący jest chrześcijaninem, a leczący adoratorem arabskiego proroka, wtedy pierwszy powinien wyznać, że ufa silnie w prawdziwość i świętość koranu! Ciekawa w istocie solidarność. Ponieważ zaś kamyczki tego rodzaju są bardzo rzadkie, więc téż i posiadanie ich stanowi cenny bardzo przedmiot i to do tego nawet stopnia, że zwykło się je przechowywać zawinięte w papier, pargamin i zamknięte w odpowiednim słoiku, a wszystko to dla zabezpieczenia kamyczka od wpływów zbytecznéj wilgoci. Ostrożność bardzo słuszna. Ztąd więc i posiadający taki skarb uważa się za najszczęśliwszego, ponieważ kapitał dobre dając odsetki, wystarcza na całe życie, a i dla sukcesorów jest bardzo pożądanym spadkiem.

(Dokończenie nastąpi.)

V. Zjazd II Lekarzy i Przyrodników czeskich w Pradze.

VIII.

b) Podsekcyja chirurgiczna.

Przewodniczący sekcyi Dr. F. Michl zagaja posiedzenie wezwaniem zgromadzonych do wyboru przewodniczącego na obecne posiedzenie; na wniosek Dra Strossa wybrano przez aklamacyję Dra Schoebla, który powitawszy Zgromadzenie serdecznemi słowami, zauważył jednocześnie, że podsekcyja chirurgiczna II Zjazdu rozpoczyna swe posiedzenia w warunkach o wiele szczęśliwszych, aniżeli to miało miejsce podczas Zjazdu pierwszego; gdyż sala, w któréj zgromadzili się członkowie służy obecnie, dzięki sprawiedliwości ukochanego Monarchy, za przybytek nauczania w języku ojczystym; niemniej posiedzeniom naszym nadaje wiele znaczenia obecność i współudział w pracach szanownych gości naszych z drogiéj nam Polski; są to uczeni, których imiona znane i szanowane są i u obcych. Przemówienie to zgromadzeni przyjęli hucznemi oklaskami.

Na wniosek Dra Schoebla przewodniczącym przyszłego posiedzenia wybrano z wyrazem ogólnego zadowolenia Doc. Dra Jordana. Następnie przystąpiono do odczytów.

Dr. Schoebel mowi:

a) o rozlaném miąższowém zapaleniu rogówki, które przebiegało jednocześnie z łuszczką; kombinacyja taka do téj pory nie była spostrzeganą. Przypadek opisany zasługuje na uwagę i ze względu na to, że w rogówce istniały dwa systemy od siebie prawie niezależne nowowytworzonych naczyń: mianowicie, naczynia powierzchowne, łuszczkowe, będące w związku z naczyniami spojówki i głębokie, należące do patologicznego wytworu miąższowego zapalenia rogówki, pochodzące z naczyń podłącznicowych, nadtwardówkowych. Dziewięcioletnia chora zapadła pierwotnie na zapalenie rogówki następnie na łuszczkę, kiedy ostatnia schodzić zaczęła można było wyraźnie oglądać oba systemy naczyń, a po zupełném zniknięciu łuszczki, jeszcze po miesiącu, spostrzegać można było warstwę naczyń głębokich, któremi zapalenie miąższowe rogówki uwidoczniało się.

b) u 40-letniego naczelnika stacyi kolei żelaznéj spostrzegał prelegent niezanikniońą zarodkową tętnicę tylnéj ściany torebki soczewkowéj. Osobliwość tego przypadku polega na téj okoliczności, że zarodkowe ślady tętnicy można było dostrzegać na torebce aż do równika soczewki, wonczas kiedy do téj pory dostrzegano tętnicę ciałka szklistego, a przewód Cloqueta tylko do torebki soczewkowéj.

c) Rozwój olbrzymich brodawek na spojówce u papugi *Electus polychlorus,* powstałych w skutek długiego jednostajnego drażnienia. Papuga była ranioną w brzeg oczodołu, powstało zapalenie okostny, a następnie począł bujać kościomięsak, który uciskał gałkę oczną i drażnił spojówkę. Rozrost brodawek spostrzegał prelegent za życia ptaka, lecz gdy po trzech latach papuga zginęła, Dr. Schoebel przy pomocy dobréj metody wstrzykiwań napełnił je i zrobił piękny preparat; najstarsze brodawki miały rozmiar 2,7mm., podczas gdy prawidłowe u papugi wynoszą 0,1mm., tym sposobem te olbrzymie chorobowe brodawki 25 razy były większe od prawidłowych.

d) Żylna sieć cudowna *(rete mirabile)* u żaby. Prelegentowi powiodło się stwierdzić pierwszemu obecność żylnéj sieci cudownéj u żaby, i rzecz godna zastanowienia że sieć ta do téj pory nie była spostrzeżoną, pomimo że żaba należy do najzwyklejszego doświadczalnego materyjału. Sieć ta leży na tylnéj ścianie połyku; powstaje ona następującym sposobem: pewna część krwi z żołądka nie wlewając się do żyły bramnéj, tworzy osobną żyłę, która od tylnéj ściany gardzieli kieruje się w głąb, i tworzy na połyku sieć cudowną i następnie wlewa się do żył szyjnych.

e) System naczyniowych cudownych sieci i mikroskopowych gruczołów chłonnych w krézce ludzkiéj spostrzegał Dr. Schöbel po nastrzyknięciu krézek według nowéj metody. Gruczoły te bądź pojedyńczo, bądź w skupieniach gronowych, jak owoce na szypułkach, rozłożone są wokoło naczyń, i bywają bądź krągłe, jajowate, bądź wrzecionowate, wielkości 0,1mm. do 2,00mm. i więcéj w przecięciu, na jeden kw. mm. przypada jeden lub dwa; większe gruczołki posiadają w swém wnętrzu siecie cudowne.

Dr. Obtułowicz: **O wpływie chorób gorączkowych zakaźnych na rozwój wsteczny nowotworów.**

Na podstawie przytaczanych przykładów z literatury udowadnia prelegent, że dotąd znanym był tylko wpływ więcéj lub mniéj zbawienny róży na degeneracyję nowotworów złośliwych. Dotąd jednak nigdzie literatura nie wspomina o podobnym wpływie innéj jakiejkolwiek choroby gorączkowéj zakaźnéj. Prelegent zatém w celu rozjaśnienia téj kwestyi opowiada o przypadku raka obserwowanym przez kol. Dra Ćwiklicera, prymaryjusza szpitala w Podhajcach, któryto przypadek następnie autor sam obserwował i operował. Włościanin z powiatu buczackiego, lat 43, przybył do szpitala podhajeckiego w celu poddania się operacyi z powodu raka przybłonkowego wargi dolnéj; przed operacyją jednak zaraził się durem plamistym, epidemicznie panującym w szpitalu, a po ustąpieniu téj ciężkiéj choroby zauważano, że rak przybłonkowy zamienił się w suchy czarny strup, który następnie odpadł pozostawiając na czerwieni wargi ranę, zwolna zabliźniającą się; w trzy tygodnie późniéj spostrzeżono że rak odnawia się, a w 6tym tygodniu dosięgnął wielkości fasoli; nowotwór odnowił się w saméj bliźnie, prelegent wyciął go za pomocą cięcia eliptycznego, ranę spoił

6 szwami, chory obecnie ma się zupełnie dobrze bez śladu prawie przebytéj operacyi.

Dr. Obtułowicz tłumaczy przebieg opisanego przypadku w sposób odmienny, niż Volkmann, który mówiąc o wpływie róży na nowotwory twierdzi, że ciałka białe w milijonach wędrujące z naczyń do tkanki podskórnéj, zarażają nowotwór sprawą rozpadowo-tłuszczową, który w ten sposób ulega przemianie wstecznéj; prelegent wyjaśnia zgorzel suchą nowotworu w jego przypadku, jako następstwo słabéj energii serca, skutkiem ciężkiego przebiegu duru plamistego i pochodzącém ztąd niedostateczném odżywieniem nowotworu.

Po ukończeniu odczytu zabrał głos kol. Matlakowski, przytaczając dwa przypadki z szpitali warszawskich, gdzie podobny wpływ na przebieg nowotworów miała róża; wreszcie zapytał kol. Obtulowicza, czy nowotwór wycięty okazał się rakiem przybłonkowym? W odpowiedzi prelegent uzasadnia rozpoznanie pierwotne i dodaje, że ma zamiar posłać wycięty nowotwór prof. Browiczowi do Krakowa, w celu sprawdzenia rozpoznania w sposób usuwający wszelką wątpliwość.

Dr. Janowsky: **O rozwoju endoskopii.** Prelegent mówiąc o postępie endoskopii porównywa przyrządy dawniejsze (Desormaux) z obecnemi (Grünfeld), dowodzi wielkiéj pomocy endoskopu przy ugruntowaniu rozpoznania, i zastósowaniu leczenia w cierpieniach tylnych części cewki moczowéj, gruczołu krokowego i wzgórka nasiennego, wreszcie demonstruje rysunki zebrane z wzorów szpitalnych, dających obraz tylnych części cewki moczowéj w stanie zdrowia i choroby.

Dr. Janda: **Przyczynek do nauki o sztuczném wywoływaniu przedwczesnego porodu.**

W siedmiu przypadkach stósował prelegent, w celu wywołania przedwczesnego porodu, metodę Brauna (ulepszona metoda Krausa), wprowadzeniem prężnych świeczek do macicy, i otrzymał po większéj części skuteczne wyniki dla matki i dziecka; zaleca więc tę metodę, jako najlepszą, najmniéj sprowadzającą przykrości i szkody matce. Natomiast nie może prelegent na podstawie osobistego doświadczenia polecać metody Kivischa, która zbyt drażniąc prądem ciepłéj wody pochwę, macicę, a wreszcie otrzewnę, przyczynia się do częstego wystąpienia zapalenia macicy i otrzewny. Dr. Janda opowiada pouczający przypadek u osoby, która odbyła trzy po sobie następujące połogi nadzwyczaj trudne, przyczém dzieci przychodziły na świat nieżywe, a dwa razy sama rodząca śmiercią zagrożoną była. W następnych 4ch ciążach Dr. Janda wywoływał przedwczesny poród metodą Brauna, o tyle z dobrym skutkiem, że matce nie groziło żadne niebezpieczeństwo w skutek tych zachodów, a dwoje dzieci pozostało przy życiu; osoba ta obecnie znowu zastąpiła, prelegent zamierza wywołać przedwczesny poród po raz piąty w 34 tygodniu.

Dr. Kuniewicz demonstrował kleszcze Tarniera, i udowadniał ich wyższość, która polega na tém: 1) że główka pociąga się w kierunku osi miednicy, 2) główka zupełnie wolno porusza się w kleszczach, 3) kleszcze Tarniera posiadają kierownika, którego brakuje wszystkim znanym kleszczom. Należy ciągnąć za rękojeść ruchomą w wszystkich kierunkach, ramion kleszczy nie należy dotykać, a natomiast trzeba baczyć, ażeby w czasie ciągnienia ramiona nie oddalały się od zamku kleszczy więcéj nad 0,01.

Dr. Michl: **Przyczynek do leczenia stawów wrzekomych.**

Prelegent przedstawił stosunki anatomopatologiczne w stawie wrzekomym, przytoczył niektóre liczby statystyczne, mówił o przyczynach ogólnych i miejscowych, a wreszcie wymienił liczne do téj pory używane metody lecznicze. Na poparcie swoich twierdzeń przytoczył opis 6 przypadków stawu wrzekomego, spostrzeganych w ciągu 4 lat w klinice prof. Weissa. Staw wrzekomy uda wydarzył się trzy razy:

1) U $2^1/_2$ letniego dziecka na granicy górnéj trzeciéj części z średnią uda prawego. Na żądanie matki dziecię opuściło zakład kliniczny niewyleczone.

2) 17 letni górnik uległ poprzecznemu złamaniu uda przed trzema kwartałami w témże miejscu jak w przypadku pierwszym; po odrzuceniu proponowanego wycięcia wyszedł z kliniki niewyleczony.

3) Wyrobnik 33 letni, upadając z wysokości, złamał prawe udo w środku, skrócenie równało się 0,07; po 2-miesięczném stósowaniu przyrządów ustalających, skombinowanych z wyciągającemi (według metody Volkmanna), nastąpiło wyleczenie z 3-centymetrowém skróceniem.

4) Raz jeden spostrzegano staw wrzekomy kości goleniowéj; 4-letni rachityk złamał kość goleniową przed $1^1/_2$ rokiem i nie był leczony; trzecia dolna część kości z częścią średnią stanowią kąt ku tyłowi otwarty. Wycięcie klinowate, wyrównanie złamanéj kości, sprowadziło wyleczenie z małém skróceniem.

Na kości ramieniowéj staw wrzekomy spostrzegano dwa razy:

5) U 37-letniego siodlarza staw wrzekomy przypadał na granicy dolnéj trzeciéj części z średnią; wykonano wycięcie, końce spojono klamrą z kości słoniowéj, a wokoło końców okręcono pętlę z drutu miedzianego, którą po 3 tygodniach odjęto. Wyleczenie zupełne, muskulatura silna.

6) Wyrobnik 25-letni cierpiał na staw wrzekomy w środku kości ramieniowéj, którą przed 5 miesiącami złamał. Wycięcięcie sprowadziło po 5 miesiącach wyleczenie zupełne.

Dr. Medal mówi o **zastósowaniu gutaperki w chirurgii.**

Wyszczególnia mianowicie zastósowanie opaski gutaperkowéj (0,02 szerokiéj a 2 metry długiéj) w leczeniu zapalenia przyjądrza; zachwala również użycie gutaperki do obsadki na żżegadło (*porte-caustique*) okazując zbiór takich obsadek, uzasadnia wyższość obsadek gutaperkowych polegającą na lepszości materyjału i jego taniości.

Dr. A. Kwaśnicki.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 2—8 lipca umarło na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 26,7 (18,3 z. t.). Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 2 (2 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (2 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy, 2 odry, 1 płonicy, 3 błonicy, 2 duru osutkowego. W tygodniu od 25 czerwca do 1 lipca umarło z ospy w Wiedniu 22, w Brukseli 5, w Petersburgu 13, w Warszawie (od 11—17 czerwca) 33, w Madrycie (od 10—16 kwietnia) 46; w Lizbonie (od 27 maja do 3 czerwca) 18, w Paryżu 8, w Budapeszcie 6, w Pradze 5. Sporadyczne przypadki ospy wydarzają się w miastach hiszpańskich. Silna ospa panuje w Cincinati. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 50. Dur plamisty rzadziéj się pojawia. Z cholery umarło na początku czerwca w Walencyi 2, w Murcyi i Saragosie po 1.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 25 czerwca do 1 lipca umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 18,3; we Lwowie 34,8; w Poznaniu 26,0; w Wiedniu 32,0; w Budapeszcie 38,0; w Pradze 28,7; w Tryjeście 20,9; w Berlinie 28,6; w Wrocławiu 32,0; w Gdańsku 22,3; w Monachowie 23,1; w Dreźnie 29,1; w Lipsku 24,7; w Bazylei 16,3- w Brukseli 21,7; w Amsterdamie 22,3; w Hadze 20,1; w Pa;

ryżu 22,3; w Kopenhadze 27,0; w Stokholmie 24,7; w Chrystyjanii 15,3; w Petersburgu 32,0; w Odesie 42,0; w Rzymie 21,2; w Wenecyi 23,5; w Madrycie 48,7; w Lizbonie 36,5; w Aleksandryi 42,1; w Nowym Yorku 28,8; w Filadelfii 24,9; w Bombaju 20,4. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 19 lipca. Redaktor Przeglądu Lekarskiego wyjechał na kilka tygodni. Pod niebytność jego objął redakcyję Dr. Kwaśnicki (Ul. Stéj Anny, 4).

* Wydział Lekarski U. J. na posiedzeniu swém z d. 14 bm. zamianował Dra Jana Rosnera asystentem przy klinice położniczéj, doktorandów medycyny Włodzimierza Celewicza 2gim asystentem przy katedrze anatomii opisowéj a Ignacego Schaittera demonstratorom przy katedrze medycyny sądowéj; następnie uchwalił wyjednać u Wys. Ministerstwa Oświecenia potwierdzenie Dra Emanuela Machek a asystentem przy klinice okulistycznéj na rok piąty, wreszcie rozpisać konkurs (do 1go października) na posadę asystenta przy klinice chirurgicznéj.

* W Krynicy do d. 8 lipca było gości kąpielowych 1489 osób.

* W Cieplicach czeskich do d. 12 lipca bawiło osób 5756, w Luhaczowicach 575.

* **Lwów.** Na posiedzeniu Rady miejskiéj 13 bm. poruszoną była sprawa przyjmowania chorych do szpitala powszechnego, które reskryptem Wydziału krajowego z d. 27 czerwca 1880 r. w niepraktykowany sposób, jak wiadomo, ograniczoném zostało; gdyż pod karą zapłaty kosztów leczenia lekarze obowiązani są wykluczać od dobrodziejstw szpitala cierpiących na choroby nietylko nieuleczalne, ale i z przewlekłym przebiegiem; również skrócono czas pobytu chorego w szpitalu do 6 tygodni. Referent téj sprawy Dr. Żuliński przytoczył liczne i przerażające skutki rzeczonego rozporządzenia, co wywołało nader silne wrażenie na obradujących; w dyskusyi przypomniano, że cel szpitali jest określony reskryptami ministeryjalnemi, że Sejm inaczéj pojmował uchwałę swoję, ażeby Wydział krajowy zapobiegł zrobieniu ze szpitali przytuliska dla nieuleczalnych, „że Wydział krajowy za daleko poszedł"; Rada miejska uchwaliła jednomyślnie wystosować obszerny memoryjał do Wydziału krajowego i Namiestnictwa z prośbą o cofnięcie tego rozporządzenia.

Praga czeska. D. 16 b. m. odsłoniętym został pomnik sławnego czeskiego fizyjologa Doc. Dra Fr. Nowotnego; program uroczystości, zakreślony przez wdzięczną młodzież, został niestety niezmiernie uszczuplony przez c. k. Starostwo w Smiechowie, tak że szersza publiczność nie mogła wziąść udziału. Na pięknym pomniku ozdobionym popiersiem ś. p. Nowotnego w medalijonie, zawieszono palmy, laurowe wieńce związane trójkolorowemi wstęgami, a grób zasypano kwiatami; wzniosłe słowa dedykacyi od młodzieży wypisane na białéj marmurowéj płycie złotemi literami. D. 3 b. m. urządzili medycy czescy uroczysty wieczorek na cześć ś. p. Nowotnego; w salach Umeleckiéj besedy zebrała się młodzież, lekarze, przyjaciele ś. p. Nowotnego, a wreszcie i grono dam. Przemówienia okolicznościowe, produkcyje artystyczne uświetniły ten pamiętny wieczór, a z liczby nadesłanych listów i telegramów z zapałem przyjęty został list Prezesa krakowskiéj Akademii Umiejętności, zakończony temi słowy: „Niechże więc choć na piśmie wolno nam będzie wyrazić życzenie, ażeby akt, którego dopełniacie, świadczył w najdłuższe lata, że oddając cześć zasłużonym w Ojczyźnie, składacie dowód jéj prawdziwéj miłości. Cześć Wam czcigodni koledzy."

* **Wiadomości uniwersyteckie. Tübinga.** Prof. nadzw. Paweł Bruns mianowany został prof. zwyczajnym i obejmuje klinikę osieroconą po śmierci ojca swego. — **Hala.** Docent pryw. Dr. Seeligmüller mianowany został profesorem nadzw. — **N. York.** Znakomity oftalmolog prof. H. Knapp (dawniéj w Heidelbergu) mianowany został profesorem okulistyki.

* **Wiadomości osobowe.** Lekarz zdrojowy Dr. Kvasnička mianowany został lekarzem miejskim i referentem spraw sanitarnych w Rożnowie.

* **Nekrologija.** Zmarły d. 6 bm. w skutek pęknięcia tętniaka aorty klinicysta heidelbergski prof. Mikołaj Friedreich urodził się w r. 1825 w Würzburgu (ojciec jego był znany psychijatra i założyciel dotąd wychodzącego w Monachijum czasopisma: *Friedreichs Blätter f. ger. Med.)*, habilitował się tamże w r. 1853 jako docent patologii a po przeniesieniu się Virchowa do Berlina wykładał zastępczo anatomiję patologiczną. W r. 1858 mianowany został prof. kliniki lekarskiéj w Heidelbergu.

W Erlandze umarł prof. nadzw. Dr. Trott. — W Paryżu umarł Dr. Amédée Latour długoletni redaktor pisma *„Union medicale."*

W Łyszkowicach (księstwo łowickie) umarł w tych dniach Dr. Stanisław Lisicki w 74 r. życia. Nauki ukończył w Paryżu, i do r. 1854 z powodzeniem trudnił się w tém mieście praktyką lekarską.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 28: Korniłowicza: Psychoza powstała pod wpływem zatrucia jadem tyfusu brzusznego. Rothego: Sprawozdanie XII z czynności lekarskiéj w warszawskich zakładach dla obłąkanych za r. 1881.—W *Medycynie* Nr. 28: Korczyńskiego: Uwagi i spostrzeżenia kliniczne. III. Przyczynek do etyjologii i rozpoznawania wrzodów gruźliczych pierwotnych w jelitach.

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. BLUMENSTOK: Kazuistyka sądowolekarska. Sprawozdanie z ważniejszych przypadków. Część I. Kraków 1882, in 8vo str. 153. (Osobne odbicie z Przegl. Lek.) (Na składzie w księgarni Krzyżanowskiego).

Piśmiennictwo lekarskie. GARNIER P. Dictionnaire annuel des sciences et institutions médicales. 17.. année (1881). 12. Paris, Germer, Baillière et Co. Fr. 7.

GAUCH F. Du Traitement de la colique de plomb par la belladone gr. 8. Paris, Baillière et fils. Fr. 3.

Na portret ś. p. prof. Kozubowskiego nadesłali: Dr. Mikucki (z Ternówki) 5 Rs. Dr. Kossak (z Jarosławia) 2 złr. Razem więc z poprzedniemi wykazami 44 złr. i 8 Rs.

Do Nru dzisiejszego załącza się dla prenumeratorów po za obrębem Cesarstwa austryjackiego: Statut wydawnictwa dzieł lekarskich polskich.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Dr. med. Witold Jaroszyński

ordynuje w **KARLSBADZIE** (*Kaiserstrasse „Warschau“*) od Września zaś jak i w roku zeszłym w **MERANIE**.

Dr. ANJELA

Zakład wodoleczniczy w Zuckmantel

(na Szlązku austryjackim)

W najpyszniejszéj okolicy górskiéj tuż pod lasem położony Najstaranniejsza piecza o chorych.

Najbliższa stacyja kolei żelaznéj **Ziegenhals** jest o milę odległą.

Zakład jest przez cały rok otwartym.

Quina la Roche z fosforanem wapna zalecana w słabościach piersiowych i osłabieniach.

Woda Krondorfska ze zdroju Stefanii podług uznania profesora Lercha, jest najlepszą szczawą, obfitsza w składniki ziem alkalicznych i wolnego kwasu węglowego, przeto i smaczniejsza; daléj **Woda gorzka Morszyńska** ze źródła Bonifacego (cena 26 cent.), **rodzima sól gorzka** ze źródła Bonifacego, **Ług** solankowo-borowinowy i ług ze zdroju Magdaleny w Morszynie.

Ciepłomierze maksymalne angielskie Seiferta nadzwyczaj dokładne i czułe.

Powyższe artykuły jakoteż wszystkie inne wody krajowe i zagraniczne utrzymuje świeże na składzie: **Apteka Konstantego Wiszniewskiego w Krakowie.**

Dr. ADAMA MAJEWSKIEGO

ZAKŁAD WODOLECZNICZY we LWOWIE (w Kiselce)

przyjmuje chorych na mieszkanie z zupełnem zaopatrzeniem jakoteż tylko dochodzących dla leczenia się, które się odbywa rano od 6 do 8méj i popołudniu od 4 do 6téj godziny pod nadzorem lekarza Zakładu.

RUDOLF THÜRRIEGL

Fabrykant chirurgicznych narzędzi

WIEDEŃ

Alservorstadt. Schwarzspanierstrasse Nr. 5.

poleca się ze wszystkiemi tego rodzaju należącemi artykułami wedle **najnowszéj** konstrukcyi.

Dokładne cenniki przesyła na żądanie **darmo.**

MATTONIEGO GIESSHÜBLER

najobficiej alkaliczna woda mineralna

SZCZAWIOWA

napój oszeźwiający stołowy,

skuteczny bardzo na kaszel w chorobach szyi katarach żołądka i pęcherza.

PASTYLKI pektoralne i do trawienia.

Henryk Mattoni, Karlsbad (Czechy).

ZAKOPANE.

Zakład przyrodoleczniczy **Dra WEN. PIASECKIEGO**

„na KLEMENSÓWCE“

połączony odtąd z obojętną cieplicą „Jaszczurówką“ w organiczną całość pod kierownictwem podpisanego otwarty zostanie w tym roku 15 Maja. O wysokiéj wartości Zakopanego jako znanéj stacyi klimatycznéj tatrzańskiéj rozpisywać się zbyteczna. Oprócz odżywczego klimatu są środkami leczniczemi: hydro-helio-elektro-terapija obok leczenia dyjetetycznego i leczniczéj gimnastyki.

Poczta i telegraf w miejscu.

Bliższych objaśnień udzieli listownie

Dr. Wenanty Piasecki.

NOWE MIASTO NAD PILICĄ

w Królestwie Polskiém, Gubernii Piotrkowskiéj, Powiecie Rawskim

Zakład wodoleczniczy

Racyjonalna hydroterapija, kąpiele rzeczne, gimnastyka, wody mineralne. Obszerny i wygodnie urządzony zakład kąpielowy cały rok otwarty. Dyjetetyczne stosowanie, zdrowe powietrze, malownicze położenie, w lecie stała muzyka.

Wielce skuteczne leczenie wodą w chorobach nerwowych, w katarach w ogóle, a szczególniéj żołądka, kiszek, pęcherza i macicy, w przekrwieniach wątroby i śledziony, w reumatyzmach, niedokrwistości, zakażeniu rtęciowém, skrofuliczném, zimniczém, w bezpłodności, otyłości, błednicy, nasieniotoku, niemocy męzkiéj i w ogólnych osłabieniach po ciężkich chorobach, po kuracyi wodami karlsbadzkiemi, maryjenbadzkiemi i t. p.

Utrzymanie całodzienne z leczeniem i kąpielami 2 Rsr. do 3 Rsr. 50 kop. — Internat i restauracyja dla starozakonnych.

Komunikacyja przez Skierniewice stacyją Dr. żel. Warsz. Wied. i Warsz. Byd. i przez Rawę lub z Warszawy wprost karetkami pocztowemi przez Grójec. Bliższe objaśnienia w Aptece Kucharzewskiego w Warszawie, Senatorska 480 lub w Nowém Mieście nad Pilicą w Zarządzie Zakładu.

Dr. Leon Rzeczniowski. *Dr. Jan Biliński.*

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 29 lipca 1882. **№ 30.** Rok XXI.

I. Porażenie więzadła głosowego prawego w skutek ucisku wola podtchawicznego. Wyleczenie.

(Rzecz wyłożona na posiedzeniu Tow. Lek. Gal. we Lwowie d. 29 kwietnia 1882).

Przez Dra Mahla.

Porażenie więzadeł głosowych, w skutek ucisku nerwu wstecznego nie należy wcale, jak wiadomo z literatury, do wielkich rzadkości. Najczęstszą przyczyną ucisku bywa tętniak lub nowotwór; rzadziéj już, i to u suchotników, kurczenie się w jamie piersiowéj opłucny, zgrubiałéj w skutek przebytego zapalenia. Równie nie zbyt częstą przyczyną bywa wole. Schrötter podaje (*Laryngoskopische Mittheilungen 1871 bis 1873, S. 96*), że na 118 przypadków wola 2 razy tylko widział objawy porażenne więzadel głosowych. W pierwszym z nich chora liczyła 40 lat, w drugim 42. W obu stosowanie miejscowe jodu rozpuszczonego w glicerynie nie odniosło pożądanego skutku. W przypadku, który mam zaszczyt przedstawić, przyczyną porażenia było także wole. Przedstawiam go zaś nie dla rzadkości jego następstw, lecz dla zachęcającego wyniku leczenia. Historyja choroby jest następująca:

P. Kr., 53-letni, miał już od dłuższego czasu kaszel, w maju zaś 1881 począł doznawać niemiłych przypadów ze strony krtani: krztusił się wśród rozmowy, a głos mu się dziwnie zmieniał i chrypł. Po radę lekarską zgłosił się do mnie dopiero w grudniu 1881, żaląc się na duszność i chrypkę. Gdy drażliwość gardziela nie pozwoliła doraźnie zbadać krtani wziernikiem, zaleciłem choremu zażyć 10grm. bromku potasu w ciągu dnia, a potém przedstawić się powtórnie. Istotnie drażliwość się zmniejszyła, a badanie dokonane następnego dnia wykazało, co następuje. Wzrost średni, odżywienie dobre, szyja krótka, płuca rozdęte (przepona w 6ém międzyżebrzu), wdech utrudniony, słyszalny z daleka (*laryngostenosis inspirationis*), głos piejący, przy wymawianiu samogłosek *a*, *e*, *i*, nie czuć ręką drżeń prawéj chrząstki tarczykowéj (objaw Gerharda); każdy ruch głowy w tył sprawia napad bezdechu, przyczém chory się żali na bóle rozpromieniające się wzdłuż prawego ramienia i mięśnia skośnego szyi aż poza ucho prawe, odpowiednio do rozgałęzienia nerwu usznego i potylicznego; wziernik wykazuje zboczenie głośni ku stronie lewéj, więzadło prawe, na brzegu lekko wklęsłe, przy wdechu i wydechu tudzież głoskowaniu nieruchome, zajmuje prawie całą połowę głośni, ztąd przypady laryngostenozy wdechowéj; prawe chrząstki nalewkowe tudzież Santoriniego przekraczają linię środkową głośni, wystając ku stronie lewéj; więzadło głosowe lewe dobrze poruszalne; głos zachrypnięty, w wysokich tonach piejący. Obraz więc porażenia więzadła tarczykowo-nalewkowego tylnego prawego. Szukając przyczyny zboczenia, kazałem się choremu rozebrać. Wtedy ku zdziwieniu, ponieważ chory nic o tém nie wspomniał, znalazłem na prawéj stronie szyi guz wielkości pięści, zajmujący trójkąt między dolną częścią m. schylacza głowy a tchawicą. Guz ten dość ruchomy, niebolesny, jakby złożony z dwóch części, o powierzchni gładkiéj sięgał w głąb między połyk a tchawicę, którą wyparł ku stronie lewéj. Uciskając dolny brzeg chrząstki tarczykowéj prawéj, można wywołać kurcz głośni i zwyż opisane bóle rozpromieniające się na ramię prawe i tyłogłowie. Mimo wieku pacyjenta rozpoznałem *struma lymphaticum*, dla upewnienia się zaś zaprosiłem na naradę kol. Dra S. Gdy ten się zgodził z rozpoznaniem, poleciliśmy choremu zewnętrznie nacierać wóle roztworem (10%) wymoku jodowego w glicerynie, wewnętrznie zaś zażywać 5grm. jodku potasu dziennie. W początkach leczenia chory się żalił na przeszkodę i ból przy łykaniu, co atoli znikło w 4tym tygodniu, tudzież na nieznośną gorycz z prawéj strony języka tak jakby chinin miał w ustach. Ostatnie zjawisko, którego znaczenie analogiczne z rozpromienianiem się bolu w ramieniu i karku, znikło dopiero po 10 tygodniach. W czwartym tygodniu spostrzegłem śród wziernikowania na chrząstce Santoriniego na-

rośl białawą, rozmiarów dużéj główki od szpilki, o powierzchni nierównéj, rozpadlinowatéj, jaką miewają wyrośle kończyste. Rozpoznałem *papilloma*, które powstało prawdopodobnie w skutek przewłocznego nieżytu i mechanicznego drażnienia, chrząstka bowiem nalewkowa i Santoriniego po stronie lewéj, zdrowéj, stały wyżéj, i tarły przy zgłoskowaniu chrząstkę Santoriniego prawą. Dziesięciokrotne przyżeganie azotanem srebrowym krystalicznym zniszczyło narośl, rownoczesne zaś stosowanie na krtań prądu elektrycznego przerywanego przyczyniło się do polepszenia ruchomości więzadla i poprawienia głosu. Po 10-tygodniowém leczeniu przypady duszności ustąpiły, głos, acz czasami jeszcze przy silném wzruszeniu staje się piejącym, jest w zwykłych warunkach czystym i donośnym. Guz na szyi zmalał tak, iż obecnie wyczuć się daje tylko jakieś nieznaczne zgrubienie jakby torebka wólowa. Chory może swobodnie chodzić nawet po schodach i oddawać się zwykłym swym zajęciom. Tylko śród kaszlu pojawiają się nad obojczykami wypukłości (silniéj po stronie prawéj), które są rozdętemi szczytami płuc.

II. Oceny i sprawozdania.

Gerhardt: **Handbuch der Kinderkrankheiten** nowe wydanie poszytowe drugiego, znacznie pomnożonego, nakładu. Tybinga 1881. Zeszyt 3ci str. 255.

(Dokończenie. Patrz Nr. 29).

W „szczepieniu", opracowaném również przez Dra Pfeiffera, podzielił sobie autor przedmiot na 5 rozdziałów, z których pierwszy obejmuje literaturę i prawodawstwo, drugi podstawy doświadczalne dla nauki o szczepieniu, trzeci przebieg ospy ochronnéj u człowieka, czwarty technikę szczepienia, a piąty nakoniec znaczenie agitacyi przeciw szczepieniu. Literatura rozpoczyna się uwzględnieniem pracy Timoniego: *Historia variolorum, quae per institionem excitantur* z r. 1712, autora, który pierwszy zaszczepił ospę synowi Lady Montagu, odgrywającéj znaczną rolę w historyi waryjolacyi, i obejmuje okres czasu aż do 1881 roku, uwzględniając wszystkie znaczniejsze prace, które w tym kierunku się pojawiły. Co się tyczy prawodawstwa, to tylko podaném jest szczegółowo prawo niemieckie, podczas gdy co do innych państw podaną jest tylko treść odnośnych rozporządzeń, o ile w państwach tych egzystuje szczepienie przymusowe i sposoby najwięcéj praktykowane. W ustępach dotyczących podstaw doświadczalnych nauki o szczepieniu omówione są doświadczenia poczynione przy szczepieniu ospy naturalnéj *(variolatio)*, tak na ludziach jak na zwierzętach, a mianowicie na rogaciźnie, na koniach i owcach, sposoby szczepienia, daléj przebieg wywołanéj wysypki *(vaccina, equina, ovina)*, stosunek wzajemny takowych, o ile są identyczne lub nie, ochrona, jaką przebyta jedna wysypka udziela w obec drugiéj, a wreszcie i Retrovaccinatio, t. j. szczepienie rogacizny limfą humanizowaną z następowém wywołaniem ospy krowianki *(variola vaccina)*, co ze względów praktycznych dość znaczną ma ważność. W rozdziale o przebiegu ospy ochronnéj u ludzi napotykamy krótki, lecz dokładny, rys historyi szczepienia, daléj opis przebiegu prawidłowego tak ospy po raz pierwszy zaszczepionéj (*Vaccina)* jak i powtórnie (*Revaccina*) jakotéż i przebiegu poronnego (*Vaccinella*), przyczém omówioną jest teoryja szczepienia zapobiegawczego, oparta na doświadczeniach Pasteura i Grawitza, wreszcie opis powikłań występujących podczas przebiegu ospy ochronnéj, z których szczegółowo i zajmująco obrobione są ustępy o róży, jakotéż o kile, a nakoniec ustęp ciekawy o równoczesnym przebiegu ospy naturalnéj i ochronnéj u tegoż samego osobnika i wzajemne na siebie oddziaływanie. Technika szczepienia obejmuje sposoby takowego i narzędzia ku temu celowi służące, (choć nie wszystkie), powszechnie znane przepisy tyczące się dzieci samych, ich wieku, stosunków zdrowotnych itp., miejsc do zaszczepienia obieranych, czasu najodpowiedniejszego, daléj przepisy tyczące się szczepienia w zakładach publicznych, zachowania się dzieci po dokonaném zaszczepieniu aż do odpadnięcia strupów, omawia różne gatunki limf i sposoby otrzymywania ich, krowiankę, limfę humanizowaną, glicerynową i waselinową (o aseptycznych jeszcze wzmianki nie ma), wreszcie ostrożności, które przy zbieraniu zachować należy, a nakoniec sposoby zachowania limfy na czas dłuższy, we fijolkach, na kostkach, pomiędzy płytami szklanemi itd. W ostatnim ustępie, tyczącym się znaczenia agitacyi przeciw szczepieniu, rozróżnia autor agitacyję przeciwko saméj sprawie szczepienia i agitacyję przeciw szczepieniu przymusowemu; przytaczając co do punktu pierwszego wszystkie przyczyny podawane przez przeciwników szczepienia i, zbijając takowe wywodami umiejętnemi i datami statystycznemi, wykazuje mylność zapatrywania się przeciwnego obozu i bezsprzeczną ważność szczepienia, podczas gdy co do punktu drugiego nie objawia stanowczo swego zdania i tylko wyraża swe zapatrywanie, iż kwestyja szczepienia przymusowego jest więcéj kwestyją prawną i polityczną i że rozstrzygnięcie takowéj jest zadaniem prawników i ustawodawców, a zadaniem lekarzy tylko podanie wierzytelnych podstaw umiejętnych. *tt.*

V. Lehmann: **O wykrywaniu rtęci w ciałach i cieczach zwierzęcych.**

Z obszerniejszéj pracy autora, zajmującéj się krytyczném zestawieniem i rozbiorem najużywańszych sposobów wykrywania ołowiu, srebra i rtęci w ciałach i cieczach zwierzęcych, a która została nagrodzoną przez Wydział lekarski w Berlinie, wyjmujemy tylko spostrzeżenie nad wykrywaniem rtęci w ciałach i wydzielinach zwierzęcych, sądzimy bowiem, że część ta pracy może być najwięcéj interesującą, i może najwięcéj mieć związku z naukami klinicznemi.

Do wykrycia rtęci w ciałach zwierzęcych służą następujące metody:

1) Metoda Schneidera. Przedmiot badany niszczy się za pomocą kwasu solnego i chloranu potasowego na łaźni wodnéj. Do czystego płynu zanurza się bateryję Smeego, złożoną np. z sześciu elementów, w których anodą jest blaszka platynowa, a katodą drut złoty, nieco pałeczkowato na końcu zgrubiony. Rtęć osadza się na katodzie, tj. na złocie. Elektrodę tę, na któréj się rtęć osadziła, wkłada Schneider do szklanéj rurki ktoréj koniec jeden jest wyciągniętym włoskowato, a drugi szerszy zatapia. Teraz ogrzewa część rurki, w któréj się znajduje elektroda, rtęć metaliczną, osadzającą się w postaci szarego nalotu na ścianach zimnych rurki, spędza się przez dalsze ogrzanie do rurki włoskowatéj; poczém ogrzewa się jeszcze raz złoto, aby oddalić z niego wszystką rtęć wydzieloną. Skoro się już wszystka rtęć w rurce włoskowatéj osadziła, odtapia się ją, daje się w koniec odtopiony, nieco szerszy, trochę jodu, który po lekkiém ogrzaniu przechodzi do rurki włoskowatéj i tworzy z rtęcią jodek rtęciowy o charakterystycznéj barwie szkarłatnéj.

2) Metoda Byassona. Do moczu zakwaszonego

wkłada się stos Smithsona, tj. blaszkę złotą okręconą paskiem staniolu. Po pewnym czasie wyjmuje się tę blaszkę, wymywa wodą przekroploną, i robi się z niéj rurkę. Na wierzchu rurki kładzie się pasek papieru namoczony rozczynem złożonym z 100 grm. wody dest., 0.6 grm. chlorku złoto-sodowego *(Goldchlornatrium)* i 0·4 grm. chlorku platynowego. Lepiéj jednak jest w rurkę wsunąć czopek z waty szklanéj, w płynie tym namoczonéj. Po ogrzaniu blaszki złotéj rtęć się ulatnia i czerni pasek papierowy lub czopek z waty czarnéj.

3) Metoda Mayençona i Bergereta. Do cieczy zakwaszonéj zanurza się drut platynowy, umocowany na żelaznym gwoździu. Rtęć osadza się na platynie. Następnie wydzieloną zupełnie rtęć na drucie platynowym wystawia się na działanie chloru w postaci gazu, przez co przeprowadza ją się w chlorek rtęciowy, który na bibule napojonéj jodkiem potasu daje czerwone plamy jodku rtęciowego.

4) Metoda Ludwiga. Metody téj używają głównie do wykrywania rtęci w moczu. Do zakwaszonego moczu daje się koło 3 grm. sproszkowanego zynku i dobrze się wymięsza. Skoro się proszek na dnie dobrze osiądzie, zlewa się mocz, osad zaś wymywa się dobrze na sączku wodą gorącą, i następnie suszy w 60°C. Dla oddzielenia rtęci od zynku i zniszczenie części organicznych postępuje się w następujący sposób. Rurkę używaną do rozbiorów elementarnych o 12 mm. mniéj więcéj średnicy zasklepia się na jednym końcu. Poczém daje się do niéj warstwami jak następuje: proszek zynkowy z rtęcią, czopek z asbestu, niedokwas miedzi sproszkowany, czopek asbestu, czysty proszek zynkowy, czopek asbestu. Naturalnie czopki asbestowe muszą wolno przylegać do ścian rurki, tak aby para rtęci mogła przez nie przejść; warstwy zproszkowanych metali mają co najwięcéj do połowy tylko wypełniać rurkę. Po za ostatnim czopkiem asbestu wyciąga się rurkę włoskowato (mniéj więcéj 12 cm. długą a 1 mm. średnicy). Koniec gruby rurki daje się do pieca do spalenia używanego przy rozbiorach elementarnych, ogrzewa się silnie wszystkie warstwy z wyjątkiem zynku, zawierającego rtęć. Skoro warstwa czystego zynku i niedokwasu miedzi dobrze się rozgrzały, ogrzewa się teraz ostatnią warstwę, rtęć zawierającą, przez 10 do 15 minut. Po ostygnięciu odcina się koniec rurki włoskowaty, w którym się rtęć osadziła, daje się do grubszego końca w miejscu odcięcia kawałeczek jodu i za pomocą aspiratora wciąga się do rurki włoskowatéj pary tego metaloidu. Jod daje charakterystyczny jodek rtęciowy.— Metoda ta ma dwie ważne ujemne strony: 1) wymaga wprawy i 2) dużo czasu.

5) Metoda Fürbringera. Fürbringer podał ją do wykrywania rtęci w moczu. Jest ona o wiele łatwiejszą do wykonania niż poprzednia. Do moczu zakwaszonego daje się na 500 cm. sz. moczu koło 0·25 wełny mosiężnéj. Mocz ogrzewa się do 60—70°. Po jakimś czasie mocz się odlewa, a wełnę wymywa się naprzód wodą gorącą, potém wyskokiem, w końcu eterem. Wysuszoną wełnę mosiężną daje się do rurki na jednym końcu wyciągniętéj włoskowato, a następnie wyciąga się i drugi koniec. Wełnę się ogrzewa, a potém daje się do rurki trochę jodu. Na początkowych częściach obu włoskowatych rurek tworzy się jodek rtęciowy.

6) Dwie metody Mayera. A) Mocz (względnie płyn badany) daje się do kolby, objętości trzechkrotnéj moczu, zaprawia się wapnem i ługiem potasowym. Z kolbką łączy się rurę w kształcie U, wypełnioną wełną szklaną, napojoną azotanem srebrowym. Kolbę wraz z rurą ogrzewa się w łaźni chlorku wapniowego do 130 lub 140°. Rtęć przechodzi przez całą rurę, wypełnioną watą szklaną z azotanem srebrowym, który rozkłada (wata czernieje) i osadza się w rurce włoskowato wyciągniętéj połączonéj z rurą w kształcie U. Dalsze postępowanie jak przy metodzie Schneidera przez zamienienie na jodek rtęciowy.

B) Pozostałość po odparowaniu moczu lub cieczy badanéj rozciera się z wapnem gaszoném i niegaszoném. Rurę szklaną, długości 50—60 cm. o średnicy 3—3½ cm. wyciąga się włoskowato na jednym końcu i napełnia jak następuje: 1) przy początku zwężenia czopek asbestowy, 2) warstwa wapna gaszonego i niegaszonego, 3) mięszanina na rtęć badana, 4) gruby i długi czop asbestowy. Rurę tak napełnioną wkłada się w rurę od elementarnéj analizy, koniec téj wyciągnięty okrywa się asbestem, a między obie rury wkłada się długie włókna asbestu. W miejscu, gdzie rura wypełniona się kończy znajduje się czop asbestu, a za nim warstwa niedokwasu miedzi. Obie rury obwija się cienką blaszką miedzianą i daje do pieca służącego do elementarnych analiz. Ogrzewanie rozpoczyna się od tylnego końca. W czasie trwania ogrzewania przeprowadza się z gazometru słaby strumień powietrza. Rtęć i tutaj wykrywa się jako jodek rtęciowy.

Chcąc ilościowo oznaczyć rtęć należy ją według jednéj z powyższych metod w stanie czystym metalicznym wydzielić i zważyć. Ilości niedające się wagą oznaczyć, można oznaczyć podobnie jak ołów, za pomocą kwasu siarkowodowego kolorymetrycznie. Oznaczenie to jednak kolorymetryczne daje dość niedokładne wyniki. Lepiéj jest porównywać nalot jodku rtęciowego w rurce, z przyrządzonemi poprzód nalotami takiemi o wiadoméj ilości rtęci, podobnie jak to Otto czyni, porównywając zwierciadła arsenowe.

W końcu swéj pracy Lehmann reasumuje pokrótce wyniki ze swych doświadczeń, układając je według punktów. Wyjmujemy z nich te, które odnoszą się do doświadczeń z rtęcią.

13) Metodę, która najmniejsze ilości rtęci w moczu jest w stanie wykazać, jest metoda Mayera A). Metodą tą można jeszcze wykryć 0.1 mgrm. chlorku rtęciowego w 1 litrze moczu.

14) Wygodniejszą od poprzedniéj jest metoda Schneidera za pomocą elektroizsy. Za pomocą téj metody można jeszcze oznaczyć bardzo dobrze 0·1 mgrm. chlorku rtęciowego w 100 cm. sz. moczu. Metoda więc Schneidera jest mniéj czułą niż Mayera.

15) Metoda Fürbringera przydatną jest, gdy się ma do czynienia z większemi ilościami płynu. Lepiej jednak jest przed przystąpieniem do wykrywania rtęci zniszczyć za pomocą kwasu solnego i chloranu potasowego części organiczne. Skoro to się uskuteczni, metodą tą wykryć można jeszcze na pewno 0.2 mgr. $Hg\ Cl_2$ w 100 cm. sz. moczu.

16) Metoda Mayençona i Bergereta nawet po zniszczeniu części organicznych nie daje wyraźnego nalotu jodku rtęciowego.

17) Metoda Ludwiga, jak i metoda Mayera B), mimo trudności zachodzących przy dokładném jéj wykonaniu, daje wyniki gorsze niż trzy pierwsze metody.

18) Po zastrzykiwaniu podskórném sublimatu (3—4 mgr. na dzień) królikowi, znaleziono po upływie 5 dni rtęć w moczu, wątrobie, mózgu, sercu, płucach, mięśniach i kościach. Co do ilości znalezionéj rtęci to serce, płuca, wątroba i mię-

śnie zawierały znaczniejszą ilość niż mózg, kości i mocz. (*Zeitschrift f. Physiol. Chemie v. Hoppe-Seyler* 1882. Z. 1. str. 1). *Dr. Kopff.*

Prof. H. Quincke (Kiel): **O powstawaniu wrzodu w żołądku.**

Jaka jest pierwotna przyczyna powstawania wrzodu żołądkowego? W tym względzie panują różne zdania i zapatrywania. Na to jednakowoż zdają się zgadzać prawie wszyscy autorowie, że trawiące działanie soku żołądkowego odgrywa tu ważną rolę, i że działanie to przyczynia się głównie do utrzymania tegoż wrzodu. Większa część badaczów uważa za pierwotną przyczynę wrzodów w żołądku zboczenia ograniczone w krążeniu krwi w błonie śluzowéj, przez co błona ta, w obec niedostatecznéj dyfuzyi krwi alkalicznéj, ulega trawiącemu wpływowi pepsyny, która tylko w obec oddziaływania kwaśnego działać może. Tak np. uważa Rokitansky, a za nim wielu innych, za punkt wyjścia wrzodu te drobne wynaczynionki na błonie śluzowéj żołądka, które się tak często napotyka w nieżytach żołądka, w przekrwieniu bierném błony śluzowéj, wreszcie w większych oparzelinach i urazach mózgowych, a które tak często przemieniają się w nadżerki. Virchow uważa za przyczynę wrzodów żołądka wynaczynienia w błonie śluzowéj, powstałe skutkiem zmian w ścianach naczyń. Dotąd jednak podobno nader rzadko udawało się wykazać obok wrzodu w żołądku także zmiany w ścianach naczyń. Zator tętniczek żołądka nie zdaje się być przyczyną wrzodu. Przynajmniéj klinicznie biorąc, trudno pojąć, a zresztą Panum drogą doświadczalną dopiero wtedy wywołał wrzód żołądka, gdy wywołał zaczopowanie wszystkich obocznych tętniczek. Klebs domyśla się przyczyny wrzodów żołądkowych w kurczowém zwężeniu tętniczek żołądka, sprawiającém przemijającą niedokrewność, a ztąd zboczenia odżywcze na małych przestrzeniach błony śluzowéj. Rindfleisch jest znów zdania, że w czasie skurczu mięśni żołądkowych przy wymiotach przychodzi do ucisku żył, a ztąd do nacieku krwotocznego w błonie śluzowéj, który daje powód do wytworzenia się wrzodu. Axel Key tłumaczy to nieco odmiennie. W czasie napadów kardyjalgicznych powstaje skurcz mięśni żołądka, ten uciska na miejscach ograniczonych błony śluzowéj żyły i tętnice i chwilowo powstrzymuje dopływ krwi. Böttcher obwinia nawet jako sprawców wrzodów żołądkowych grzybki, tych psotników, będących teraz dla wielu autorów wygodną *ultima ratio* wszystkich chorób. Wprawdzie Körte, uczeń Recklinghausena, zbił zdanie p. Böttchera, wykazując, że to co B. opisuje jako mikrokoki jest rozpad drobnoziarnisty, napotykany nierzadko na dnie tych wrzodów.

Kwestyję tę powstawania wrzodów w żołądku starano się także rozstrzygnąć drogą doświadczalną. Pavy udowodnił doświadczeniem, że błona śluzowa żołądka dla tego nie ulega działaniu trawiącemu soku żołądkowego, że krew alkaliczna zobojętnia działanie to soku kwaśnego. O doświadczeniach Panuma już wspomnieliśmy powyżéj. W końcu Roth wywoływał wrzody, wprowadzając królikom do żołądka azotan srebrowy.

Wszystkie powyższe doświadczenia mają tę ujemną stronę, że nie zezwalają obserwować tworzenia się wrzodu żołądkowego. To skłoniło Quinckego, że wraz ze swoim uczniem Daettwylerem (obecnie lekarzem w Bernie), już przed kilku laty podjął na nowo doświadczenia w tym kierunku, ale według innéj metody. Używał on do doświadczeń psów z przetoką żołądkową i wgojoną w nią kaniulę. Cewka była zamknięta korkiem, tak że trawienie odbywało się prawidłowo i bynajmniéj nie wpływało na pogorszenie odżywienia psów. Przez otwór cewki było można albo bezpośrednio, albo za pomocą odbitego światła, widzieć dokładnie przeciwległy kawałek błony śluzowéj. Ten kawałek błony śluzowéj poddawano różnym próbom: jakoto 1) mechanicznemu drażnieniu (szczypanie błony śluzowéj szczypczykami, czasowe lub trwałe podwiązanie nicią fałdu błony śluzowéj, wycięcie kawałka błony śluzowéj); 2) drażnieniu za pomocą gorącego lub ciepłego żelaza; 3) drażnieniu chemicznemu (przyżeganie alkoholem, azotanem srebrowym, kw. azotowym zg. dymiącym, wstrzykiwania roztczynu azotanu srebrowego lub chlorku żelazowego pod błonę śluzową). Wszystkie te urazy błony śluzowéj nie zdawały się wcale mieć wielkiego wpływu na trawienie, ani na apetyt, a odżywienie zwierzęcia wcale się nie pogorszało. Urazy te nigdy nie sprawiały objawów bólu, niekiedy tylko występował ślinotok. Skutkiem silniejszego drażnienia mechanicznego błony śluzowéj, a z tą zapewne i ściany żołądka następowały dość często wymioty. Na jednym fałdzie błony śluzowéj, drażnionym przez $1/2$ minuty szczypczykami, wystąpiło naprzód ograniczone zaczerwienienie, wkrótce potém utworzyła się wybroczyna. W miejscu tém widać było następnego dnia płytkie zagłębienie otoczone fałdami; po 4ch dniach wszystko zniknęło. Nieco silniéj działało podwiązanie małego krążka błony śluzowéj za pomocą nitki. Na miejscu podwiązaném utworzyły się wybroczyny, na około zaś nich przekrwienie. Po kilku godzinach utworzył się nadżerek, a następnie płytki wrzód, który się po 12 dniach zabliźnił. Skoro pozostawiono ligaturę, kawałek błony śluzowéj podwiązany nie uległ jeszcze po 24 godzinach strawieniu. Powstały skutkiem téj manipulacyi wrzód zagoił się po 21 dniach. Skutkiem przyżegania błony śluzowéj azotanem srebrowym *in substantia*, lub dymiącym kwasem azotowym, lub wreszcie za pomocą gorącego żelaza (12m.m. średnicy mającego), tworzył się strup, różnéj grubości, otoczony przekrwioną i zwykle pofałdowaną błoną śluzową. Po 24ch godzinach odpadał strup i pozostawiał po sobie wrzód, koło którego wkrótce wszelkie przekrwienie znikało. Wrzód ten, stosownie do głębokości, goił się w ciągu 5 do 6 dni z pozostawieniem promienisto wciągniętéj blizny. Wrzód powstały przez wycięcie kawałka błony śluzowéj goił się również prędko i już po upływie 6 dni tworzyła się promienista blizna. Po zastrzyknięciu *liq. ferri sesquich.* i *sol. argenti nitric.* (5%) w tkankę podśluzową występowało naprzód obrzmienie i zaczerwienienie, przechodzące późniéj w przyćmienie błony śluzowéj. Po 2 do 3ch dniach część ta zmieniona odpadała i powstawał wrzód sięgający aż do błony mięsnéj, który goił się po upływie 16 do 20 dni. O wiele więcéj naśladowało szkodliwości, za życia na błonę śluzową działające, następujące doświadczenie. Żelazo okrągłe o 12mm. średnicy zanurzano w gotującéj się wodzie i przykładano do błony śluzowéj. W miejscu tém ograniczoném zaraz występowało zaczerwienienie i przyćmienie przybłonka. Po kilkakrotném podrażnieniu tego miejsca ogrzaném żelazkiem widać było i wynaczynionki, z których następnie powstawały powierzchowne wrzody. Kilka razy wystąpiły po tém podrażnieniu wymioty. (Dok. nast.)

Wiadomości pomniejsze.

(K. G.) Pająki w zimnicy. Pomiędzy środkami tera-

peutycznemi wieków średnich znajdowały się już pająki. Dwieście lat temu cenione były jako lek przeciwzimniczy a zdaje się że użycie ich pochodzi od Arabów, którzy miejscowo stosowali pajęczynę. Te dawne zapiski skłoniły Dra Olivę do czynienia prób z arachnidinem, a opierając się na 119 przypadkach, w których doświadczał tego leku, podaje on w jednym z dzienników lekarskich hiszpańskich wnioski, do których doszedł: 1) Arachnidin jest środkiem leczącym niezawodnie zimnicę tak codzienną jak i trzeciaczkę; 2) Dawki 2-gramowe dla dorosłych, a jednogramowe dla dzieci, zazwyczaj przerywają napady zaraz po drugim napadzie; 3) Działanie arachnidinu jest jednak mniéj szybkie, niż chininu, któremu też z tego powodu należy oddać pierwszeństwo w przypadkach złośliwéj zimnicy; 4) Ponieważ arachnidin jest bez smaku zasługuje na pierwszeństwo przed chininem w przypadkach zimnicy u dzieci; 5) Powroty choroby przydarzają się mniéj szybko po arachnidinie niż po chininie (*The Lancet*, 1882, I, Nr. 18).

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.
Sekcyja lwowska.
Posiedzenie zwyczajne z d. 27 marca 1882.

Przewodniczący Dr. Rożański. Członków obecnych 34, gości 2.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia.

2) Przewodniczący przywodzi zgromadzeniu na pamięć, wykład „o teoryjach zjawisk hypnotycznych i magnetycznych“ (p. Przegląd Lek. Nr. 9 z d. 4 marca b. r.). Z tego zajmującego wykładu najbardziéj interesującym, bo rozstrzygającego znaczenia, jest zdaniem mowcy, ustęp o zjawiskach, jakie okazują przedmioty martwe pod wpływem ustroju ludzkiego. Jeśli te zjawiska dadzą się wykazać niewątpliwie na przyrządach, wtedy na głowę są pobici zwolennicy zdania, iż jedynem źródłem magnetyzmu zwierzęcego jest wyobraźnia. Aby się koledzy mogli naocznie przekonać, czy tak jest istotnie, mowca zaprosił szan. Doc. Dra Ochorowicza, którego zamiłowanie do nauki i bezinteresowna uczynność, kazały mu się ponownie podjąć wykładu i demonstracyi.

3) Doc. Dr. Ochorowicz zabiera głos, i wśród oklasków przedstawia rzecz o elektrycznem działaniu ustroju ludzkiego (w szczególności ręki) na przedmioty martwe. (Wykład ogłoszony w streszczeniu w Nrze 15 Przeglądu lek. z d. 16 kwietnia 1882). W rozprawie zabierali głos koll.: Dębicki, Laskiewicz, Merczyński, Pisek, Jan Sawicki i Ziembicki jun. *Dr. Dyhdalewicz.*

Walne posiedzenie doroczne Sekcyi przemyskiéj Tow. lek. gal.

Przewodniczący: Kol. Dr. Ziemiański.

Po uskutecznieniu wyborów zabiera głos Kol. Dworski w celu przedstawienia swoich uwag nad krwotokami płucnemi w przebiegu suchot. Odezwa berlińskiéj komisyi balneologicznéj była dla prelegenta pobudką do studyjowania zawisłości krwotoków płucnych od zmian atmosfery. Z doświadczeń, poczynionych w Szczawnicy przekonał się, iż nagły opad barometru był zwykle zapowiedzią krwotoków, zarówno i wygórowana ciepłota (27—28° R.) towarzyszyły im często, przyczém trudno orzec, ażali wysokość ciepłoty lub zwiększone wahania dobowe za bliższą przyczynę przypuścić można Spostrzeżenia, iż przy zwiększonéj wilgoci w powietrzu łatwiéj powstają krwawienia płucne, nie mógł stwierdzić, nie posiadał bowiem prócz termo- i barometru innych przyrządów, wspomina jednak, że zdanie Thileniusa, który twierdzi, iż przy zwiększonéj wilgoci parowanie skóry jest utrudnione, że przez to powstaje przepełnienie naczyń i jako następstwo tego ulga przez krwotok płucny dla tego, że naczynia płucne w suchotach są chorobowo zmienione, przemawia do jego przekonania. Przy téj sposobności wykładający ubolewa i utyskuje na brak stacyi meteorologicznéj w Szczawnicy, dodając iż nawet w Krynicy, gdzie potrzeba jéj jest mniéj usprawiedliwioną, stacyja istnieje, zastrzega sobie zarazem w téj sprawie uczynienie wniosku. Przechodząc do sposobów leczenia zastanawia się nad wszystkiemi środkami używanemi, dołączając zarazem spostrzeżenia własne. Mówiąc o wstrzykiwaniach z ergotynu podaje przepis przez Francuzów używany: *Rp. Extr. secal. cornut. aquos. 1,0 — Aquae destill. 10,0 — Acid salicyl. 0,02,* zalecający się tém, iż nie wywołuje nigdy ropni i przy dłuższém przechowaniu nie rozkłada się, co prelegent sam stwierdził. Omawiając stosowanie okładów zimnych zbija zapatrywania Dra Kaczorowskiego z Poznania, w Przeglądzie Lekarskim ogłoszone, mianowicie twierdzi, iż zdanie tegoż o powstawaniu krwotoków najczęściéj skutkiem przekrwienia zastoinowego jest niesłuszne, dość bowiem nadmienić, iż często po nadużyciu napojów wyskokowych, lub po wypiciu wody mineralnéj kwas węglowy zawierającéj, powstają u suchotników krwotoki. Twierdzenie Dra K., iż okłady lodowe są nieskuteczne, gdyż wywołują powierzchowne oziębienie, wewnętrzne zaś przekrwienie, obala prelegent, przytaczając wyniki doświadczeń Szlikowa, Esmarcha i Winternitza, którzy stwierdzili, iż wewnętrzna powierzchnia klatki piersiowéj oziębia się pod wpływem okładów lodowych w ciągu pierwszéj godziny o 3,7°C.; opisuje nareszcie własne doświadczenie wykonane w oddziale Dra Orłowskiego. U chorego z *pleurit. exs. traum. sin.* przekłóto z powodu niezwykłéj duszności klatkę piersiową w linii pachowéj przedniéj w 6 międzyżebrzu. Po wypuszczeniu 2½ litra wypociny płynnéj włożył Dr. Dworski, unikając wzniecenia odmy, termometr do rany prostopadle na 4¼ cm. głęboko, następnie przewrócił chorego na bok przeciwny tak, iż reszta wypociny spłynęła ku dołowi, gałka zaś termometru w długości 2½ cm. została otoczona zwiotczałém płucem. Po włożeniu drugiego termometru do kiszki stolcowéj założono regulator Leitera o 14 cm. średnicy w ten sposób, iż w środku rozsunięto rurki na przestrzeń o średnicy 4 cm., termometr zaś nad raną owinięto watą. Po upływie 1½ godziny słupek termometru w ranie opadł o 0,9° C., w kiszce stolcowéj o 0,15° C. Rezultat ten zachęca daléj do używania okładów jak dotąd i to w postaci regulatorów, gdyż te są lżejsze niż worki gutaperkowe, co prelegent doświadczalnie stwierdził, nadto raz ułożone funkcyjonują bez przerwy i zmiany. Zakończa szereg środków wspomnieniem o upuście krwi, któremu przyznać musi szybkie i pewne działanie i twierdzi, iż są przypadki, w których inne środki są bezsilne, czego sam doświadczył.

W dyskusyi zabiera głos kol. Ziemiański i dziękując prelegentowi za gruntowną i wyczerpującą pracę, zwraca jego uwagę, iż wilgoć powietrza nietylko wywiera wpływ na krwawienia płucne, niezawodnie bowiem temu wpływowi są uległe i wszelkie inne krwawienia, np. apopleksyje. Kol. Orłowski dodaje, iż skuteczność upustu krwi dowodzi mylności zapatrywań Dra Kaczorowskiego jakoby krwotoki polegały na zastoinie, uznaje ważność doświadczenia z okładami lodowemi dokonanego przez prelegenta i sądzi, iż rezultat byłby jeszcze wybitniejszy, gdyby większy obszar okładami zajęto.

Z zapatrywaniami poprzedników zgadza się prelegent, następnie czyni wniosek: Zgromadzenie uchwali: Sekcyja przemyska uprasza Walne zgromadzenie delegatów we Lwowie o wezwanie Zarządu zdrojowego w Szczawnicy do spiesznego urządzenia stacyi meteorologicznéj tamże. Powyższy wniosek uchwala Sekcyja jednomyślnie, polecając delegatowi przedstawienie go na Walném Zgromadzeniu.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Tadeusz Dworski.* sekretarz.

IV. Lekarze i leczenie w Turcyi.

Podał Dr. W. Jabłonowski
w Kutahii w Anatolii.

(Dokończenie. Patrz Nr. 29)

Powiedziałem wyżéj, że nożyk chirurgiczny rzadkie znajduje zastosowanie w rękach nagminnie praktykujących. O narzędziach zaś pomocniczych do wykonania rękoczynów chirurgicznych i mowy być nie może. Bo na poddanie się operacyi rzadko kto się tu zgadza, będąc w tym względzie prawdziwym konserwatystą. Wprawdzie lekarze praktykujący

po większych miastach, posiadają najniezbędniejsze narzędzia chirurgiczne, a w stolicy saméj nie brakuje i bardzo eleganckich składów z wyrobami z fabryk Robina, Mathieua itd. to jednak zastosowanie narzędzi bywa tu tylko czysto przypadkowém. Ztąd więc i praktyka chirurgiczna jest tu bardzo ograniczoną. I jeżeli się spotykamy z jéj przykładem, to można być pewnym, że takowe spostrzegano i operowano tylko w szpitalach, gdzie ordynującym jest zwykle lekarz europejczyk. W prywatnéj więc praktyce wykształcony chirurg bardzo rzadko znajduje możność rozwinięcia swych zdolności. Co wreszcie potwierdzają i wykazy statystyczne, które zebrałem w ostatnich kilku latach. Ilość i jakość dokonanych operacyj przedstawiają się bardzo skromnie. Kilka operowanych przetok; dwa przykłady polypa śluzowego macicy; jeden przypadek wysiękowego zapalenia opłucny, leczony chirurgicznie, — oto i wszystko! Rzecz więc jasna, że nie mamy się z czém popisać. Lecz za to, o ileż szczęśliwsi są od nas tutujsi domorośli chirurdzy, owi balwierze, felczery wyszli z wojska, i cała kasta włóczęg, już to osiadłych lub téż przebiegających całe prowincyje i rozgłaszających sławę swych zdolności, zręcznie zastosowanym wybiegiem. Pomijając już poznanego uprzednio nastawiacza złamań, spotykamy tu jeszcze i indywidua, rekomendujące się przedewszystkiém jako bardzo zręczni w operacyi kamienia moczowego. Zwykle są to ludzie prości lecz znający nieco szerszy świat, dzięki wędrówkom, które udało się im odbyć. Zapewnieni o bujnéj wschodniéj imaginacyi, obdarzeni zdolnością łatwego wysławiania się, korzystają z tych danych, i nadzwyczaj oryginalnemi opowiadaniami zdobywają sobie pełne zaufanie rozciekawionych słuchaczy. Dla zdobycia zaś klienteli postępują bardzo zręcznie. Najprzód znając nieco (z osłuchiwania się oczywiście) pierwsze pojawy tworzących się w pęcherzu moczowym złogów, łatwo znajdują łatwowiernych, którym też dla większéj pewności zwykli pokazywać misternie wyszyty woreczek, zawierający pewną ilość kamyczków rozmaitej wielkości, koloru i kształtu. Są to jak pośpieszają dodać niezaprzeczone dowody dokonanych przez siebie operacyj. Wzbudzają więc wiarę, zachęcając cierpiących do poddania się leczeniu, któremu dzięki cierpienie wkrótce musi ustąpić. W wyborze jednak chorych zachowują zwykle pewną oględność. Nie każdego więc z narzekających zgadzają się operować i wtedy tylko przystępują do działania, gdy są pewni swego wybiegu. Ten zaś ostatni zależy na daniu choremu kąpieli nasiadowéj z mleka; namaszczeniu okolicy sromnéj i międzykrocza olejkiem, niebędącym czém inném jak tylko zepsutą oliwą. Następnie nożykiem krajowego wyrobu przecinają powłoki skórne w okolicy górnéj i wewnętrznéj uda i manewrują dopóty w ranie, dopóki nie uda się im wysunąć w rękawie trzymanego kamyczka. Na tém też i zależy cała ich zręczność, dla otaczających témbardziéj niepojęta, bo wykonana bez pośrednictwa jakichbądźkolwiek narzędzi! Co zaś do chorego, to ten przez samo wymacywanie, ucisk, kąpiel i spostrzeżone cięcie, wreszcie z okazanego mu zakrwawionego kamyka, nabywa przekonania, że pozbył się swego cierpienia, stosownie wynagradza urwisza, który też i umyka coprędzéj ze sceny swego działania, aby nie powrócić więcéj.

Kąpiele, trafienie włosów, barwienie brwi i paznokci u rąk i nóg, powszechnie praktykowane przez piękne muzułmanki, wytwarza tu inną znowu kategoryję specyjalnie tém zajmujących się kobiet, również uważanych za znachorki swego rodzaju. One to właśnie posiadają tajemnicę przygotowywania nieszkodliwéj a tyle tu osławionéj „Rusma,“ któréj przepisany zakonem użytek czyni ją niezbędnym kosmetykiem tak w buduarze dam haremowych jak również i pośród klasy uboższéj. Jak wiadomo w skład tego kosmetyku wchodzi arszenik i wapno żrące, które w stósownéj ilości zamięszane z letnią wodą, dają ciasto służące do spędzania włosów, z pewnych okolic ciała. Z powodu zaś, że od prędkiego przygotowania i nieomylenia się w saméj dawce zależy skutek tego środka, ztąd więc kobiety wprawne w tę czynność bywają bardzo cenione i z tego korzystając nie zadowalają się tylko przygotowaniem żrącego ciasta lecz występują z oświadczeniem, że posiadają wiele innych nieomylnych środków do leczenia cierpień płci pięknéj. Że zaś z „Rusmą“ operacyja odbywa się zwykle w kąpielach, tam téż szukać się zwykło i rady doświadczonych matron, stanowiących jednak najmniéj szkodliwą kategoryję w hierarchii leczących w Turcyi. Wprawdzie zdarzają się przykłady zbyt energicznego działania wschodniego kosmetyku, są to jednak przypadki rzadkie i leczenie ich odbywa się w tajemnicy haremów.

Nudny ten mój szkic, któremu przyznaję, że brakuje stylowych kolorów, choć podobieństwo z faktami jest najzupełniejsze, spodziewam się, że wystarczy do przekonania czytelnika, że w Turcyi z małym wyjątkiem lekarzy naukowo kwalifikowanych i z godnością praktykujących, ogół leczących składa się z szarlatanów i oszustów, działających pośród ludności ciemnéj i poświęcających dobro publiczne, własnym przedewszystkiem interesom. Smutny to stan rzeczy i tém więcéj jeszcze przykry, że niepoprawny!

V. Zjazd II Lekarzy i Przyrodników czeskich w Pradze.

IX.

b) Podsekcyja chirurgiczna. Posiedzenie d. 29 maja.

O godzinie 7éj rano znaczna liczba członków Zjazdu zgromadziła się w sali operacyjnéj prof. Weissa; zebranych powitał serdecznemi słowami szanowny profesor, wyrażając swą radość z spotkania się z kolegami i przyjaciołmi, między którymi spostrzegł wielu z dawnych swych uczniów; oświadczył, że wysoko ceni zaszczytne odwiedziny mężów głośnéj sławy i szerokiéj wiedzy, którzy dla wspólnéj pracy przybyli z braterskiéj Polski. W dalszém przemówieniu poruszył prof. Weiss dzieje swego zakładu klinicznego, sala w któréj zgromadzili się członkowie Zjazdu przeznaczoną została w ostatnich czasach, dzięki wspaniałomyślności sprawiedliwego Monarchy, dla nauczania w języku czeskim. Przemówienie prof. Weissa przyjęli zgromadzeni hucznemi długotrwałemi oklaskami.

Następnie odbyła się wizyta w klinice i oddziale; prof. Weiss osobiście przy łóżku każdego chorego podawał krótki rys przebiegu choroby. Po skończonéj wizycie przystąpił profesor do operacyi uwięźnionéj przepukliny pępkowéj u człowieka nadzwyczaj otyłego, cierpiącego jednocześnie na cukrzycę i zgorzel kończyny dolnéj prawéj. Asystowali do operacyi Doc. Dr. Obaliński i Dr. Matlakowski; w końcu okazał prof. Weiss kilka rzadkich preparatów.

O godzinie 10éj zagaił posiedzenie podsekcyi Doc. Dr. Jordan, oznajmiając zgromadzonym, że obecny prof. Streng zaprasza członków Zjazdu do zwiedzenia jego kliniki położniczéj o godzinie 5 popołudniu.

Szereg odczytów rozpoczął Dr. Talko, który miał 3 wykłady:

1) O uszkodzeniach gałki ocznéj przez pijawki. Dr. Talko poczynił swe doświadczenia na królikach, którym przystawiał pijawki na rozmaitych miejscach oka. Spojówkę pijawka przegryza bez uszkodzenia gałki ocznéj; pijawka przystawiona do środka rogówki przegryza ją, wypróżnia komórkę, pozostawia 3-kątną bliznę i wywołuje ostatecznie zaćmę torebkową; jeśli zaś pijawkę przystawimy na rogówce przy brzegu źrenicy, to obok zmian powyż wymienionych, powstają przyczepiny przednie téj części tęczówki, z któréj pijawka ssała krew. Na obwodzie rogówki pijawka wywołuje wybroczenie krwi do przedniéj komórki, opadnięcie tęczówki (*cysta iridis*), krwawy zalew ciałka rzęskowego. Pijawka ssąca w ciągu godziny gałkę oczną nie wywołuje żadnych zmian w soczewce, siatkówce i ciałku szklistém.

2) O hyjalinowém zwyrodnieniu spojówki i rogówki. Zwyrodnienie hyjalinowe, nieczułe na odczynnik J i SO_3, stanowi przedwstępny okres zwyrodnienia skrobiowatego. Prelegent przedstawił chromolitografowaną rycinę oka pewnego chorego, którego historyję choroby przytoczył. Zwyrodnienie hyjalinowe zajmowało spojówkę dolnéj powieki, fałd spojówkowy górnéj powieki, oraz górną połowę rogówki, czego nikt do téj pory nie obserwował. Części zwyrodniałe zostały wycięte i przy badaniu mikroskopowém okazały się hyjalinowém zwyrodnieniem utkania, w szczególności naczyń krwionośnych, których ściany znacznie już były zmienione, jak to stwierdzić można było na przedstawionych rysunkach.

3) O niezaniknię téj błonce źrenicznéj. Prelegent przytoczył literaturę przedmiotu, a następnie opisał przypadek przetrwania błonki źrenicznéj u 17-letniéj dziewczyny na obu oczach. Ciekawy ten przypadek objaśnił Dr. T. ryciną odrysowaną z natury.

Odczyt zakończył prelegent w języku czeskim, wyrażając radość, jaką odczuwa, przemawiając poza granicami swego kraju w języku polskim do braci Czechów, którym z całego serca życzy, ażeby oftalmologija w ich narodowym Uniwersytecie postąpiła na drodze naukowego rozwoju.

Dr. Baštýř: O klinowatych zbezkształceniach zębów. Prelegent opisuje wejrzenie i kształt zębów, które ulegając częściowym utratom istoty kostnéj, przybierają postać klinów. Etyjologiczna podstawa tego cierpienia nie jest do téj pory wyjaśnioną, niektórzy sądzą, że nadmierne używanie tytoniu jest w stanie wywołać rzeczone zmiany; w ostatnich znowu czasach wypowiedziano przekonanie, że wpływy przyrody chemicznéj są przyczyną utraty istoty kostnéj zęba. Powierzchnia zębów w rzeczonéj chorobie pozostaje gładką i białą, twardość ich prawidłowa. Przedmiotem tym zajmowali się: Fox, Linderer, John Tomes, Leber i Rottenstein, Wedl, Harris, Salter, Zsigmondy, Hagelberg, Baume itd. Prelegent zastanawia się nad poglądami ostatniego i na podstawie własnych poszukiwań oświadcza się przeciw teoryi Baumea, opisuje przypady w mowie będącéj choroby, okazuje zęby klinowato zbezkształtnione i oświadcza się przeciw teoryi chemicznéj zbezkształtnienia, stawiając w jéj miejsce teoryję mechaniczną.

Dr. Jerzykowski: Uwagi nad wstrzykiwaniami śródmacicznemi. Prelegent sądzi, że wstrzykiwania śródmaciczne zasługują na większe uznanie, aniżeli to, które do téj pory sobie zjednały; niezbędnym warunkiem ażeby ta metoda lecznicza mogła być ze skutkiem stosowaną, jest rozszerzenie ujścia wewnętrznego na 0,01 powyżéj *isthmus uteri*. Następnie prelegent wymienia wskazania do rzeczonych wstrzykiwań, wyszczególnia technikę zastosowania, oraz leki, które mu dały najskuteczniejsze wyniki, a w końcu wyraża nadzieję, że wstrzykiwania śródmaciczne, ta bezwątpienia największa zdobycz lat ostatnich w dziedzinie ginekologii, wkrótce zdobędą sobie przychylniejszy sąd i ustąpi niedowierzanie, które cechuje dzisiejszy pogląd ginekologów na skuteczność wstrzykiwań śródmacicznych.

Dr. Ostračil: Poród powikłany jednoczesném wypadnięciem łożyska, pępowiny i prawéj nóżki, zakończony pomyślnie dla matki i dziecka.

O. M. l. 26, od 6 lat zamężna, w dzieciństwie cierpiała na padaczkę, po zamążpójściu 2 razy tylko powtórzyła się padaczka; miesiączkuje od 14 roku życia; ostatnia miesiączka miała miejsce 20 czerwca 1881 r. Na kwartał przed porodem wystąpił znaczny krwotok; w 3 miesiące późniéj krwotok powtórzył się a po jednodniowéj przerwie znowu ponownie wystąpił. Dr. O. wezwany do choréj znalazł ją dobrze zbudowaną i odżywioną, tylko krwotokami osłabioną, mdlejącą; tętno szybkie, miękkie; uderzenie serca płodu w dole po stronie prawéj; ujście otwarte wielkości centa, poprzedza główka; przez ujście występuje do pochwy łożysko na 0,05 długości. Podano wino, czarną kawę, krwawienia nie było; po odejściu wód główka postąpiła, krwotok nie powstawał, przy główce stwierdzono wypadnięcie pępowiny i prawéj nóżki, przy względnie mało rozwartém ujściu; nóżkę ściągnięto do pochwy i wykonano obrót; omdlenie ponowne, chociaż krwotoku nie było. Wreszcie po $1\frac{1}{2}$ godzinnych zabiegach poród został ukończony, niektóre części łożyska wydobyto włożoną do macicy ręką; noworodek początkowo w stanie zamartwicy ożył, matka i dziecię obecnie są zdrowe. Prelegent spostrzegał 7 podobnie nieprawidłowych porodów, przytacza daty statystyczne, z których wypływa, że najlepsze wyniki daje metoda Seyferta (26% śmiertelność dla matek). Należy co najrychléj zakończyć poród, jak to doradzają Hoffman, Hecker, Spiegelberg, zanim siły rodzącéj jeszcze nie wyczerpały się.

Doc. Dr. Janowský: Osutka po użyciu makowca. Wychodząc z ogólnego na rzecz poglądu Dr. J. mówił o występowaniu osutek po użyciu pewnych leków, zastósowanych zewnętrznie lub wewnętrznie; powstają one bądź w miejscu zadziałania leku, bądź téż w drodze odruchowéj z przewodu pokarmowego, czém Besnier tłumaczy wielokształtność osutki. Należy poznać te osutki, powstające w skutek leków, ażeby je odróżnić można było od osutek ostrych, z któremi miewają czasem łudzące podobieństwo. Prelegent przytoczył 2 przypadki: I. Wyrobnik 42-letni, znany opilec, podpadał szałowi opilczemu; pewnego dnia w okresie rozwijania się gośćca stawowego wystąpiły objawy groźne szaleństwa opilczego; podano choremu proszek makowca, poczém pojawiła się na skórze osutka pryszczowa na odnogach i nadbrzuszu, osutka po 4 dniach znikła, a po każdorazowém podaniu makowca ponownie występowała. II. Kobieta 32-letnia, nerwowa, hysteryczka, cierpiała na kurcze żołądka; znana była z tego, że po każdém zażyciu makowca dostawała rumienia. Prelegent polecił jéj zażywanie wodnego wyciągu makowca, natychmiast wystąpił rumień grudkowaty (*erythema populatum*) na wszystkich odnogach, który złuszczenie się na tych miejscach skóry sprowadził.

Dr. Czarda: O naroślach gruczołowatych w przestworze nosowo-gardłowym. 1) Bardzo wiele usznych cierpień należy odnieść do rzeczonych gruczołowych wybujałości w przestworze nosowo-gardłowym. — 2) Każdego chorego cierpiącego na upośledzenie słuchu na-

leży badać co do rzeczonych wybujałości, nie zaniedbując badania palcem. 3) Leczenie polega na usunięciu wybujałości gruczołowych przez rozmiażdżenie i wyskrobanie paznogciem, i następowe przyżeganie. 4) Nie należy przystępować do przedmuchiwania trąbki Eustachijusza zanim nie usunie się nowotworowych wyrośli. 5) W celu zapobiegawczym należy zwracać uwagę rodziców, ażeby nie lekceważyli wszelkich zboczeń słuchu u dzieci, ażeby lekarz złe w początku mógł usunąć.

Dr. Michl: Wyłuszczenie kości udowéj w stawie kulszowym w skutek mięsaka uda. Zwróciwszy uwagę na częste pojawianie się mięsaka na udzie, prelegent opowiada o następującym przypadku: 17-letni chory cierpiał na mięsaka uda, który wychodził z okostny; prelegent wyłuszczył udo w stawie kulszowym; nowotwór ważył 19 kilogramów. Przy operacyi poprowadził cięcie koliste (Abernethy) 4 cm. pod więzem Pouparta, następnie podług wskazówek Beckera cięcie po stronie zewnętrznéj, i wykonał wyłuszczenie, przed operacyją odnoga była opasana rurą elastyczną, a tętnica udowa ugniataną. Rana zagoiła się 14 dnia, chory jednak umarł w miesiąc po operacyi w skutek przerzutów do mózgu i płuc. Niebezpieczeństwo wyłuszczenia uda polega na krwotokach, jak to stwierdza statystyka Trendelenburga; niebezpieczeństwo to usuwa metoda operacyjna, którą posłużył się prelegent.

Dr. Matlakowski mówił: O przewlekłém ropném zapaleniu okostny. Sir B. Brodie pierwszy zwrócił uwagę świata lekarskiego na tę postać chorobową, a zanim inni angielscy pisarze (Lee, Stanley, Syme itd.) opisali szereg obserwacyj, na podstawie których złożyła się patologija téj choroby. Cechuje się ona tém, że w jednym z końców trzonu *(diaphysis)* tworzy się ograniczony ropień napełniony ropą, przy tém kość grubieje, skutkiem *periostitis ossificans*, a tkanka twardnieje. Główne objawy są: wrzecionowate zgrubienie kości, bez zmiany części miękkich i nadzwyczaj silny ból, szczególnie w nocy. Choroba trwa całe lata, zdarza się u ludzi nieulegających zboczeniom konstytucyjonalnym i rozpoczyna się w młodości. Najczęściéj siedliskiem choroby bywa kość goleniowa; ból nie ustępuje przed żadnym lekiem; do celu prowadzi jedynie trepanacyja, wiercenie otworów, wyskrobywanie. Prelegent przytacza własny przypadek, który on spostrzegał u 28-letniego mężczyzny, u którego choroba rozpoczęła się przed 15 laty. Prawa kość goleniowa była zgrubiałą w górnéj połowie, bóle nocne były nadzwyczaj silne, które skutkiem uniemożebnienia spania wycieńczyły chorego; skóra i części miękkie nieco obrzękłe. Leczenie operacyjne polegało na nacięciu, odłuszczeniu okostny, trepanacyi i wyskrobaniu, wypłynęło ropy zaledwo kilka kropel; po operacyi ból natychmiast ustał, założono opatrunek Listera, gojenie prawidłowe. Przypadek ten różni się od typu opisanego przez chirurgów angielskich tém, że ropa nie była zamkniętą w wyraźnie ograniczoném ognisku, dołku o ścianach gładkich, twardych, lecz tkwiła wśród tkanki kostnéj rozrzedzonéj. M. sądzi, że miał do czynienia z wcześniejszym okresem tego samego cierpienia, w którym jeszcze nie wytworzył się dołek wysłany błoną granulacyjną. Francuzcy autorowie również obserwowali takie wczesne okresy i nazywali je *„ostéite chronique neuralgique."* Dodać należy, że w cierpieniu, o którém mowa, nigdy nie napotyka się martwiny, lecz tylko gęstą ropę w dołku wielkości grochu, orzecha lub migdała, ściśle zamkniętym; ropy we wszystkich znanych przypadkach (100) było zawsze mało, najwyżéj 10,0.

Doc. Dr. Špott mówi: O kile w Czechach i utrzymuje, na podstawie pilnych badań starych dzieł, że kiła od bardzo dawna znana jest w Czechach. Wiele świadectw piśmiennych lekarzy czeskich znajduje się w Polsce, a byłoby rzeczą godną i właściwą, ażeby na te dawne prace obecni goście polscy zwrócili uwagę.

Doc. Dr. Maixner: O gruźlicy krtani. Prelegent wykład swój urozmaicił cennemi preparatami, które okazał.

Dr. Skalička okazał wilka w krtani u 16-letniéj dziewczyny, która przed 2 laty na tę chorobę zapadła. Wilk powstał w nosie i rozszerzył się do połyku i krtani.

Posiedzenia Podsekcyi chirurgicznéj zakończył Dr. Michl wyrażając wdzięczność w imieniu zgromadzonych Drom Schoeblowi i Jordanowi za umiejętne przewodniczenie w prowadzeniu dyskusyi na posiedzeniach podsekcyi.

Dr. A. Kwaśnicki.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

(K. G.) Nowe przepisy dotyczące szczepienia w Ameryce. Urzędy wykonawcze narodowego Urzędu zdrowia Stanów Zjednoczonych na życzenie różnych władz zdrowotnych wydały rozporządzenie, że na przyszłość ma się odbywać zdrowotny nadzór nad wszystkimi przybywającymi i w tym celu we wszystkich portach i stacyjach granicznych kolejnych zamianowani zostali inspektorowie i urzędnicy zdrowia.

Lekarze okrętowi mają według wskazań Towarzystw żeglugi parowéj przedsiębrać przegląd wszystkich wychodźców przed przyjęciem ich na okręt; tych, którzy nie byli szczepieni, szczepić i wystawiać im świadectwo zdrowia, które wychodźcy zachować powinni, aby okazać go urzędnikowi zdrowia przy wylądowaniu. Wychodźcy, którzy ulegli w czasie podróży morskiéj ospie, mają być odosobnieni, a rzeczy ich należycie odwietrzone. Urzędnicy zdrowotni w różnych portach Stanów Zjednoczonych mają badać wszystkich przybywających zanim wylądowanie będzie im dozwolone, chorych na ospę odosabniać, a rzeczy ich odwietrzać, szczepić zaś tych, którzy przed przyjęciem na okręt nie byli szczepieni.

W odpowiednich punktach wzdłuż wielkich linij kolejowych ustanowieni są inspektorowie, których obowiązkiem jest badać przybywających w pociągach kolei żelaznéj. Chorych na ospę należy natychmiast odosabniać i pomieszczać jak można najrychléj w szpitalach dla ospowatych, gdzie téż ich rzeczy mają być odwietrzane. Wszyscy inni przybywający w pociągu mają być szczepieni. Szczepienie to ma się odbywać w pociągu w ten sposób, aby nie opóźniało przybycia podróżnych do celu podróży. (Nowojorkska Gazeta handlowa 10/6 *Bl. f. Gesundheitspflege*, 1882, Nr. 13).

Statystyka epidemij. W tygodniu od 9—15 lipca umarło w Krakowie wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 21,4 (26,7 z. t.). Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z błonicy 0 (1 z. t.); z duru osutkowego 1 (2 z. t.); z gorączki połogowéj 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku duru osutkowego i 2 duru brzusznego (ze szpitala), W tygodniu od 2 do 8 lipca umarło w Wiedniu z ospy 10, w Budapeszcie 7, w Pradze 5, w Paryżu 22, w Petersburgu 37, w Madrycie (od 17 do 23 kwietnia) 23. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie w Budapeszcie, Raguzie, Maladze, Granadzie, Madrycie i Petersburgu. Zapalenie jelit zabiera wiele ofiar pomiędzy dziećmi w Wiedniu, Budapeszcie, Pradze, Tryjeście, Paryżu, Petersburgu, Warszawie, i Odesie. Z febry żółtéj umarło w Rio de Janeiro 2 od 16 do 31 maja.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 2—8 lipca umarło wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 26,7; we Lwowie 29,7; w Poznaniu 33,1; w Wiedniu 25,6; w Budapeszcie 36,1; w Pradze 28,5; w Tryjeście 32,7; w Ber-

linie 35,0; w Wrocławiu 37,3; w Gdańsku 22,7; w Mnichowie 26,9; w Dreźnie 24,3; w Lipsku 26,0; w Bazylei 20,4; w Brukseli 18,9; w Amsterdamie 22,8; w Paryżu 24,2; w Kopenhadze 25,8; w Stokholmie 19,0; w Chrystyjanii 16,6; w Petersburgu 35,6; w Odesie 47,4; w Rzymie 24,3; w Wenecyi 33,5; w Bukareszcie 47,0; w Madrycie 47,0; w Aleksandryi 29,7; w Nowym Yorku 30,1; w Filadelfii 30,0; w Bombaju 21,4. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków d. 26 lipca. W sprawie obsadzenia katedry profesora kliniki chirurgicznéj w Uniwersytecie Jagiellońskim dowiadujemy się, że Wysokie c. k. Ministerstwo w odpowiedzi danéj tutejszemu Wydziałowi lekarskiemu zwróciło uwagę gremijum profesorów na dwie okoliczności: primo, że Dr. Mikulicz posiada język polski w tym stopniu, że może w nim wykładać; secundo, że kandydaci Wydziału, którzy największą ilość głosów otrzymali (Rydygier i Lesser) są obcokrajowcami, a należy przedstawiać kandydatów krajowców. Na powyższe uwagi Wydział lekarski Uniw. Jagiell. odpowiedział na jedném z ostatnich posiedzeń mniej więcéj temi słowami: czując się kompetentnym w sprawie języka polskiego, profesorowie Wszechnicy krakowskiéj zetknąwszy się osobiście z Drem Mikuliczem nabrali przekonania, że on nie przyswoił sobie ducha polskiego języka, że nie włada nim w tym stopniu, ażeby mógł porozumiewać się swobodnie i poprawnie z słuchaczami; Wydział lekarski przypomina reskrypt Cesarski z kwietnia 1870 r., mocą którego język polski stał się językiem wykładowym na Wszechnicy Jagiell. i kładzie nacisk na to, że zbyt wysoko ceni to prawo, ażeby przyłożył swą rękę do uszczuplenia jego dobrodziejstw. Gremijum profesorów nie bierze na siebie żadnéj odpowiedzialności za skutki, któreby wynikły, gdyby profesorem katedry chirurgii mianowano człowieka, którybγ nie mógł zastosować się do przytoczonego reskryptu kwietniowego.

Co do przynależytości obcokrajowéj kandydatów, to Wydział lek. powodował się wyłącznie kwalifikacyjami naukowemi. Powoływanie obcokrajowców na katedry Uniwersytetów austryjackich ma liczne precedensa na innych Wszechnicach monarchii. Gdyby jednak przynależność krajowa miała rozstrzygać w tym wypadku, Wydział lekarski zwraca uwagę na dwóch kandydatów, obywateli austryjackich, Drów Obalińskiego i Hoffmokla, z których jednego c. k. Ministerstwo wybrać i powołać może.

* Do Wydawnictwa dzieł lekarskich polskich przystąpili Dr. Alfred Szerlecki z Mühlhuzy jako członek, a p. Józef Roth Drud med. jako prenumerator.

W Krynicy do d. 16 lipca było gości kąpielowych osób 1955.

W Cieplicach czeskich do d. 20 lipca bawiło osób 6597.

W Giesshübl-Puchstein do d. 17 lipca przybyło osób 78.

* Zarząd wiedeńskiego *Allgemeines Krankenhaus* zamierza oświecać sale chorych światłem elektryczném.

* W Berlinie powzięto zamiar wystawienia za miastem szpitala dla nieuleczalnych. Mimowoli nasuwa się pytanie, kiedyż stanie krakowski szpital dla nieuleczalnych z wspaniałego zapisu śp. Anny Helclowéj?

* Czasopismo angielskie *Nature* podaje pod tytułem „*Science in Bohemia*:“ szczegółowe sprawozdanie z odbytego w maju Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich.

Wiadomości osobowe. Stopień doktorów w. n. lekarskich w Uniwersytecie Jagiell. otrzymali: Franciszek Ksawery Bernacki rodem z Brzeska, Franciszek Sas-Żukotyński rodem z Wieliczki, Atanazy Wsewołod Swistuń z Grabowy w Galicyi.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 29: Kamockiego: Dwa przypadki wągra ocznego; Sokołowskiego: Przypadek uwięźnięcia kiszki w dziurze zasłonowéj. — W *Medycynie* Nr. 29: Boryssowicza: Z kazuistyki sądowo-lekarskiéj.

Sprostowanie. W Nrze. 29 na str. 397 w łamie 1ym, wierszu 30 od góry zamiast: „będzie ogłoszonym w Przegl. lek.“ ma być: „został ogłoszony w Nrze 17 Przeglądu lek. z r. b.“

Do Nru dzisiejszego załącza się Zdanie sprawy z czynności Towarzystwa lek. krak. w r. 1881.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

O R G A N

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 5 sierpnia 1882. № 31. Rok XXI.

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Podał Prof. Dr. Blumenstok.

II.

Śmierć z obrażenia głowy.

A. B., wieśniak, lat 37 liczący, d. 7 stycznia na drodze napadnięty i pobity został przez kilkunastu wieśniaków, a nazajutrz żyć przestał. Sekcyja wykonana przez Dra C. i chirurga D. d. 10 stycznia wykazała co następuje:

Oględziny zewnętrzne: *a)* Mężczyzna lat 37 liczący, wzrostu słusznego, silnie zbudowany, mięśnie, podściółka tłuszczowa dobrze rozwinięte. *b)* Powłoka ogólna biała, całe ciało, tak twarz jak tułów, jakoteż odnogi wzdęte gazami pochodzącemi z rozkładu, wszędzie bowiem w tkance łącznéj podskórnéj słyszeć można pękanie baniek gazowych, a za uciskiem skóra ukazuje się być podniesioną od pokładu mięśniowego. *c)* Barwa włosów czarna, twarz obrzękła zwalana krwią wypływającą z ust i nosa. *d)* Na głowie znajduje się rana o brzegach rozwartych, przebiegająca od szczytu czaszki ukośnie ku stronie prawéj, długość jéj wynosi 13cm. brzegi rany niezupełnie gładkie, brzeg lewy zrosły za pomocą prawidłowéj krótkiéj tkanki łącznéj z podstawą, brzeg prawy jest podminowany tak, że w całéj swéj rozciągłości oddzielony jest od okostny i stanowi płat skóry na 5 prawie cm. oddzielonéj od podstawy. W głębi palcem wyczuć można wysterczający odłam kostny i dosyć rozległą poruszalność podstawy kostnéj. *e)* Powieki obrzękłe, zasinione, gałki oczne i spojówka powiekowa krwią podbiegłe, usta rozwarte. W przewodach zewnętrznych uszu, zwalanych krwią wypływającą z nosa i ust, żadnych ciał obcych zresztą nie ma. *f)* Szyja dość gruba, krótka. Na klatce piersiowéj znajduje się kilka plam pośmiertnych barwy zielonawo-sinéj. *g)* Na brzuchu, w okolicy przegubów pachwinowych, znachodzą się liczne większe i mniejsze pęcherze barwy sinéj, powstałe w skutek nagromadzenia się cieczy rozkładowych między skórą a przyskórkiem; takie same pęcherze znajdują się po bokach klatki piersiowéj; na prawéj, bocznéj stronie małe otarcie przyskórka. *h)* Części rodne obrzękłe, w mosznach znajduje się znaczna ilość wysięku. *i)* Odnogi górne i dolne po stronie przedniéj i bocznéj pokryte plamami pośmiertnemi. *j)* Na palcach rozległe zasinienie i liczne plamy barwy zielonawéj obok licznych pęcherzy cieczą surowiczą krwawą wypełnionych; między łopatkami, poniżéj końca łopatek i w pasie, gdzie uciskał rąbek gaci, otarcie przyskórka. *k)* Kilka cięć na plecach aż do pokładu mięśniowego wykazały brak wybroczyn w skórze i pod skórą, na pokładzie mięśniowym grzbietu znaleźliśmy tylko skąpą warstwę wysięku surowiczego brudnego zabarwienia, obok pękających baniek gazu. *l)* Pęcherze rozkładowe znajdują się dosyć licznie na tylnéj powierzchni ramion i krzyża. *m)* Po dokładném powtórném obejrzeniu znaleźliśmy, że w miejscu ograniczoném, tam gdzie odłam kości bocznéj wystercza nad poziom, wychodzi mózg z czaszki; zresztą nie ma żadnych innych oznak doznanego gwałtu.

Oględziny wewnętrzne. *A)* Przy oddzielaniu czepca głowowego znachodzimy od wyniosłości zewnętrznéj tyłu głowy ku łukom brwiowym ze strony przedniéj, ku małżowinie ucha prawego z drugiéj strony, z wyjątkiem miejsca odpowiadającego kości skroniowéj lewéj, na całe sklepienie zewnętrzne czaszki rozlaną wybroczynę krwi skrzepłéj. Po spłukaniu wodą widzieć się daje wysterczający nad poziom sklepienia czaszki odszczep pochodzący z kości bocznéj prawéj, jakoteż napotykamy obnażone od okostny części kości bocznéj pęknięcie od góry ku dołowi przebiegające; palcem wyczuć można po ruchomości kości uszkodzenia sięgające na obie kości boczne, kość czołową i łuskę kości skroniowéj prawéj. *B)* Po przepiłowaniu czaszki okazuje się ona zbitą; istota międzykostna gębczasta wcale niewidoczna, czaszka w niektórych miejscach przeświecająca. Uszkodzenie kości rozciąga się na kość boczną prawą;

górny (tylny) wewnętrzny kąt kości bocznéj lewéj, kość skroniową prawą, jakotéż stronę prawą kości czołowéj. Ponieważ czaszka tak jest zbitą, że szwów wcale na niéj rozeznać nie można, osądzamy uszkodzenie tylko z prawidłowego topograficznego rozmieszczenia kości głowowych. *C*) Na odjętém podług przepisów sklepieniu czaszki znajduje się 10 odłamów potrzaskanych kości wyż wymienionych; na podstawie znajdują się dwa odłamy łuski kości skroniowéj, odłam kości czołowéj nad oczodołem prawym i strzaskanie górnéj ściany oczodołu prawego. *D*) Przy obejrzeniu powtórném odjętego sklepienia czaszki okazuje się po wyjęciu mózgu jeszcze pęknięcie, przebiegające przez obie blaszki, sięgające półkolisto do wyniosłości tyłogłowia zewnętrznéj, począwszy od końca tylnego brzegu kości bocznéj prawéj, a więc i łuska tyłogłowia uszkodzoną została. *E*) Opona twarda mózgu utkania prawidłowego, barwy różowo szaréj, wypocin nie ma. Na rozległości prawéj kości bocznéj i łuski kości skroniowéj prawéj znachodzi się między czaszką a oponą twardą gruby na $1\frac{1}{2}$cm. skrzep krwi. Opona twarda w kształcie trójkąta przedarta i w miejscu tém wychodzi mózg obnażony. Bok lewy trójkąta odpowiada w przybliżeniu szwowi strzałkowemu, podstawa szwowi wieńcowemu. Miejsce przedartéj twardówki w przybliżeniu ma wielkość dłoni dziecięcéj. *F*) Opony miękkie w miejscu uszkodzenia przekrwione. Między zwojami mózgu znachodzą się w pogłębieniach skrzepy krwi. *G*) Mózg zbitości prawidłowéj, niedokrewny, komórki nie zawierają cieczy wypocinowéj. Prawa półkula mózgu, w miejscu odpowiadającém obnażeniu z opony twardéj prawie na 3cm. w głąb, jest edematycznie rozmiękłą, na powierzchni zmiażdżoną. *H*) W krtani i tchawicy cokolwiek płynu koloru czerwonego brudnego. Błona śluzowa koloru zielonawego. *I*) Płuca barwy sinawo-szaréj, elastyczne, gębczaste, na przekroju uchodzą przez cienką warstwę surowiczą bańki powietrzne. *K*) Opłucna żebrowa blada, niedokrewna, gładka. *L*) Osierdzie prawidłowego utkania i zabarwienia zawiera mało płynu. *Ł*) Serce w stanie rozkurczu wiotkie, na powierzchni zewnętrznéj dosyć znaczną warstwą tłuszczu pokryte, przedsionki i komórki nie zawierają krwi płynnéj, cokolwiek skrzepów w komórce lewéj, zastawki prawidłowe, barwa mięśni serca żółtawo czerwona. *M*) Przepona prawidłowa. *N*) Wątroba wielkości prawidłowéj, powierzchnia jéj gładka, brzeg dolny ostry, na przekroju miąższ barwy żółtawo brunatnéj, na nożu znać osad tłuszczu, z naczyń większych wypływa mało krwi ciemnéj. Miąższ kruchy. *O*) Pęcherz żółciowy miernie napełniony cieczą zielonawą. *P*) Śledziona barwy blado-sinawéj, torebka pomarszczona, brzeg śledziony okazuje 5 wrębów, pokrytych torebką. Wielkość śledziony prawidłowa, miąższ niedokrewny, blado brunatny. *R*) Nerki tłuszczem obrosłe, wielkość i barwa ich prawidłowa, na przekroju stosunek istoty korowéj i rdzeniowéj prawidłowy, zbitość utkania cokolwiek zmniejszona. *S*) Otrzewna tak ścienna, jak i surowicza powłoka przewodu pokarmowego blada. *T*) Sieć wielka przykrywa prawidłowo jelita, znacznie tłuszczem obrosłe. *U*) Żołądek zawiera resztę miazgi, błona śluzowa dość znaczną warstwą śluzu pokryta, zabarwienie jéj miejscami łupkowo-szare. *W*) Dwunastnica i jelita cienkie wzdęte gazami, treści pokarmowéj nie zawierają, błona śluzowa blada, lekką warstwą śluzu pokryta. Ten sam obraz przedstawia jelito grube, w którém znachodzi się nie wiele kału. *Z*) Pęcherz, którego błona śluzowa jest prawidłową, zawiera małą ilość moczu.

Na podstawie tego wyniku sekcyi pp. obducenci wydali następujące o r z e c z e n i e:

Uszkodzenie opisane pod lit. *d*, *A*, *B*, *C*, *D*, *E*, *F*. *G*, jest ciężkie i bezwzględnie śmiertelne, głowa została bowiem w ten sposób uszkodzoną, że kość boczna prawa, kość czołowa, skroniowa, jakotéż kość boczna lewa w trzynaście oddzielnych, poruszalnych odłamów rozbite zostały. Prócz strzaskania wymienionych kości głowy została przedartą opona twarda mózgu i w miejscu tém mózg na powierzchni zmiażdżony z rany wypływał. Już wynaczynienia same między istotą mózgu a oponą twardą musiałyby śmierć sprowadzić.

Z największém prawdopodobieństwem orzec możemy, że opisane uszkodzenie głowy jednym silnym ciosem zdziałane zostało, gdyż trudno przypuścić, żeby denat w pozycyi, w jakiéj się znajdował, gdy upadł na ziemię po pierwszym otrzymanym razie w głowę, zwrócony twarzą ku ziemi, jak z aktów śledczych wiemy, jeszcze więcéj razów właśnie w miejsce uszkodzenia głowy miał otrzymać, gdyż w położeniu leżącém zwrócony prosto twarzą ku ziemi, tyłogłowie na razy z góry wywierane najbardziéj było narażone; w położeniu tém musiałyby być razy poziomo prowadzone, aby mogły trafić właśnie w miejsce pierwszego zadanego ciosu. Gdyby razy poziomo prowadzone były, w takim razie trudnoby było sobie wytlumaczyć, dla czego i po stronie przedniéj lewéj głowy uszkodzenia znalężćby się nie miały.

Raz, który powalił denata, prowadzony był z prawéj strony i góry ku lewéj i na dół na jego głowę; świadczy o tém odłuszczony płat skórny po stronie prawéj i dolnéj rany głowowéj (lit. *d*.). Po zniszczeniu dokonaném twierdzić można, że cios był wymierzony z wielką siłą narzędziem tępém, o objętości dosyć sporéj.

Czaszka zbita (lit. *B*), jako więcéj krucha i mniéj odporna na urazy zewnętrzne, już z właściwości swego utkania łatwiéj też uległa tak znacznemu zniszczeniu po otrzymanym silnym razie; jednakowoż właśnie z tak rozległego uszkodzenia kości wnosić możemy, że uderzenie w każdym razie, chociażby nie wywołało było tak olbrzymich następstw, byłoby zabójczém.

Brak wynaczynień w skórze grzbietu i w tkance łącznéj podskórnéj (lit. *a*), brak uszkodzeń kości klatki piersiowéj, brak zmian chorobowych w płucach, prócz barwiku więcéj nagromadzonego, przemawia za twierdzeniem, że uderzenia wymierzone na leżącego twarzą ku ziemi denata, ani bezpośrednio, ani pośrednio nie były w tym przypadku powodem śmierci.

Śledztwo sądowe wykazało, że A. B. otrzymawszy pierwsze silne uderzenie w głowę od obwinionego Jana D. i to za pomocą kołu drewnianego czyli podpory z płotu, upadł natychmiast twarzą i piersiami ku ziemi, poczém według zeznania kilku świadków tenże Jan D. i inni wieśniacy bili jeszcze leżącego kołami, lecz świadkowie nie zauważyli, czy te późniejsze uderzenia skierowane były w głowę, plecy lub pośladki, a zasługuje na uwagę, że A. B. miał na sobie gruby kożuch.

Gdy wedle powyższego orzeczenia obducentów śmiertelne uszkodzenie głowy A. B. zdziałane zostało z największém prawdopodobieństwem, a zatém nie z całą pewnością, jednym silnym ciosem, gdy więc zachodziła wątpliwość, czy oprócz ciosu przez Jana D. zadanego i uderzenia reszty napastników nie przyczyniły się do śmierci A. B., przeto Sąd

na podstawie ostatniego ustępu §. 126 ustawy o postęp. karném zażądał opinii Wydziału lekarskiego U. J.

Orzeczenie Wydziału opiewało jak następuje:

1) Śmiertelne obrażenie głowy A. B. zdziałane zostało przez silne uderzenie narzędziem tępém, dosyć ciężkiém, a narzędziem tém mógł być kół od płotu.

2) Zważywszy:

a) że jednorazowe silne uderzenie narzędziem tępém wystarcza do wywołania wielokrotnego pęknięcia czaszki;

b) że w powłokach czaszkowych A. B. znaleziono tylko jednę ranę, że więc nie ma dowodu przedmiotowego, jakoby A. B. więcéj niż jeden raz uderzony został w głowę;

c) że A. B. bezpośrednio po otrzymaniu razu upadł i więcéj się nie podniósł,—z tych powodów nie ma podstawy do przypuszczenia, jakoby prócz uderzenia, które pozostawiło ślad niezatarty na głowie, jeszcze inne uderzenia miały się przyczynić do wywołania śmierci A. B.

3) Ponieważ i na reszcie ciała nie znaleziono żadnego śladu obrażenia, nie ma dowodu, jakoby A. B. w ogóle więcéj niż raz jeden został obrażony.

Że jednorazowe uderzenie narzędziem ciężkiém w głowę może pociągnąć za sobą wielokrotne pęknięcie czaszki w różnych kierunkach, nie ulega żadnéj wątpliwości i jest rzeczą obecnie znaną powszechnie. Hofmann opisuje w dziele swojém podobny przypadek i myśmy na posiedzeniu Tow. lek. krak. z d. 15 marca rb. przedstawili znajdującą się w zbiorze naszym czaszkę wielokrotnie pękniętą, pochodzącą od człowieka, który umarł skutkiem kopnięcia przez konia. Możebność tę potwierdza i przypadek niniejszy, w którym świadkowie nie mogli przynajmniéj podać, czy denat po pierwszém uderzeniu doznał jeszcze dalszych uderzeń w głowę. Nie zawsze atoli sprawa jest tak prostą. Mieliśmy przypadek, w którym obok kilkakrotnego pęknięcia czaszki znaleziono dwie rany na głowie, całkiem podobne do siebie, blizko siebie równolegle przebiegające, jakkolwiek dwoma narzędziami, a mianowicie kołem i lichtarzem ciężkim mosiężnym zadane, a co ważniejsza zdziałane przez dwóch napastników. W takim razie Sędziemu bardzo na tém zależy, aby się dowiedział od obducentów, czy jedno uderzenie wystarczyło do wywołania śmierci i które z nich, lub téż czy oba na wywołanie śmierci się składały. Jakkolwiek w takim razie nie można wykluczyć możności, że śmierć była następstwem jednego uderzenia, to przecież, ponieważ nie podobna nawet oznaczyć z pewnością, które uderzenie naprzód zadane zostało, a powtóre wykluczyć udział drugiego ciosu, więc zasada: *in dubio mitius* nakazuje znawcom oświadczyć się za tém, że w takim przypadku oba uderzenia razem wzięte stały się przyczyną śmierci.

II. Oceny i sprawozdania.

Prof. H. Quincke (Kiel): **O powstawaniu wrzodu w żołądku.**
(Dokończenie. Patrz Nr. 30).

Gojenie się wszystkich wrzodów, powyższemi sposobami wywołanych, odbywało się w jednakowy sposób. Najprzód brzegi wrzodu, które po odpadnięciu strupa, zaledwie były zaczerwienionemi, ulegały wciągnięciu, przez co wrzód stawał się coraz mniejszy i w końcu ustępował miejsca bliźnie promienisto wciągnionéj, zaledwie widocznéj. Spód wrzodu był zawsze gładkim, blado-różowym, ropy na nim nie było widać, tylko mało wyraźne ziarniny (granulacyje).

W kilku doświadczeniach badano, jaki wpływ wywiera anemija na wrzód żołądkowy. W tym celu sprawiono przez kilka upustów krwi niedokrewność u psa, do tych doświadczeń przeznaczonego, następnie zastrzyknięto w tkankę podśluzową żołądka *liq. ferri sesqui. chlor.* przez co powstawał wrzód. Wrzód, tym sposobem wywołany w doświadczeniach poprzednich, goił się, u psa dobrze odżywionego, zwykle w ciągu 18 dni, u psa, u którego sprowadzono sztucznie niedokrewność, gojenie wymagało 31 dni. U innego psa, również niedokrewnego jak poprzedni, wywołano przez oparzenie żelazem ogrzaném owrzodzenia, które goiły się dopiero po 12 dniach, podczas gdy oparzenie takie u psa zdrowego sprawiało poprzednio tylko wynaczynienie, przechodzące w nadżerki, które już w ciągu paru dni goiły się zupełnie. Z tych więc doświadczeń wynika: że u niedokrewnych nawet małe urazy wywołują wrzody w żołądku, wymagające dłuższego czasu do zgojenia niż u zdrowych.

Jeżeli się nad powyższemi doświadczeniami zastanowimy, to wynika z nich, że różne urazy mogą być przyczyną wrzodów w żołądku, że wrzody te przedstawiają się raz jako powierzchowne nadżerki, to znów jako głębsza utrata materyi w błonie śluzowéj, sięgająca nawet niekiedy aż do błony mięsnéj. Tak nadżerki jak i głębsze wrzody powstają szczególnie łatwo z wybroczyn w błonie śluzowéj żołądka. Do tak prędkiéj przemiany tych wybroczyn we wrzody przyczynia się nie mało własność trawiąca soku żołądkowego. I tak np. Quincke uważał w jednym przypadku *purpura haemorrh.* wybroczyny na błonie śluzowéj jamy ust, dochodzące wielkości 10 fenigówki. Wybroczyny te przeszły w owrzodzenia dopiero po upływie 2 do 3 dni, podczas gdy mniejsze znacznie wybroczyny przechodzą w żołądku w owrzodzenia już w ciągu 24 godzin. Wrzody w żołądku psów sztucznie wywołane, różnią się tém od wrzodów w żołądkach ludzkich napotykanych, że pierwsze nagle powstały i prędko się zgoiły, podczas gdy drugie z powodu swego przebiegu noszą miano „chronicznych."—Zdarzają się jednak i u ludzi wrzody w żołądku z przebiegiem ostrym. Wspomina o nich już Gerhardt. Przyczyną ich powstania mogą być urazy, jakie sprawiają nieraz bezwątpienia przypadkowo połknięte kawałeczki ostrych kości, twarde pokarmy, gorące potrawy, spirytuoza. Wrzody takie muszą się nader często zdarzać przy sondowaniu lub pompowaniu żołądka, gdy się przypadkowo wyrwie kawałeczek błony śluzowéj, a przecież one nie wywołują żadnych zboczeń, a więc prędko muszą się zabliźniać. Przy sekcyjach znajduje się o wiele częściéj blizny po przebytych wrzodach niż same wrzody. Według wszelkiego prawdopodobieństwa wrzody takie tylko krótki czas trwały i zaraz się zagoiły, przebiegając bez objawów klinicznych. Greiss (*Inaug. Diss.* 1879) podaje, że na 1658 sekcyj w Kiel, znaleziono 138 wrzodów żołądka, tj. 31 wrzodów niezabliźnionych, a resztę blizn, nawet ledwo dostrzegalnych, po przebytych wrzodach. Z tych powodów wnioskuje Quinke, że wrzody w żołądku, jakotéż i inne lekkie urazy błony śluzowéj żołądka u ludzi łatwo się goją, podobnie jak to ma miejsce w doświadczeniach na zwierzętach wykonanych przez Daettwylera pod kierunkiem Quinkego, któreśmy powyżéj przytoczyli. Przypadki zaś te, w których przebieg jest więcéj przewlekły, w których wrzody nie tak prędko się goją, tłumaczy Quinke tém, że jakieś niekorzystne warunki przeszkadzają prawidłowemu gojeniu. Jednym z pierwszych takich niekorzystnych warunków jest niedokrewność. Potwierdzają to powyżéj przytoczone do-

świadczenia, jak również spostrzeżenie kliniczne. Do dalszych niekorzystnych warunków należy zaliczyć, na podstawie spostrzeżeń klinicznych, nieprawidłowo zbytnie kwaśną treść żołądkową, czyto powstałą skutkiem anormalnego wydzielania soku żołądkowego, czyto skutkiem kwasów, wytworzonych w czasie nieprawidłowego trawienia, daléj pożywienie i napoje drażniące mechanicznie lub chemicznie miejsce chore błony śluzowéj, wreszcie nieregularne spożywanie pokarmów. Zdaniem więc Quinkego nie ma żadnéj różnicy w przyczynie wywolującéj tak wrzód prędko się gojący, jak i wrzód z przebiegiem przewlekłym. — A więc wrzód żołądkowy jest zupełnie analogicznym z innymi wrzodami, łatwiéj nam dostępnymi, szczególniéj z wrzodami skóry przedudzia. Przed 50 laty wrzody przedudzia odgrywały w patologii ogromną rolę, zestawiono je w związek przyczynowy z różnemi stanami ogólnemi organizmu. Teraz wiemy, że wrzód ten jest cierpieniem czysto miejscowém, że zadrażnienie skóry, czyrak *(furunculus)*, mały wyprysk, które w korzystnych warunkach goją się w ciągu kilku dni, przez podrażnienie, czyto złém okryciem, czy złém leczeniem, daléj przez stanie, przez co przeszkadza się odpływowi krwi żylnéj, szczególnie jeżeli obok tego są rozszerzenia żył, dają powód do powstania wrzodu chronicznego. Bardzo podobnie dzieje się w żołądku. Mechaniczne zranienia i płytkie wrzody, które bez wątpienia często w żołądku powstają z wybroczyn błony śluzowéj, goją się prędko i bez objawów klinicznych (podobnie jak w powyższych doświadczeniach na psach), ale tylko wtedy jeżeli stosunki w żołądku są prawidłowe. Przeciwnie dzieje się, jeżeli skutkiem niedokrewności ogólnéj błona śluzowa źle jest odżywioną, rozpuszczenie treści żołądka tylko zwolna się odbywa. Skutkiem tych ostatnich okoliczności wrzód przechodzi, podobnie jak na przedudziu, w chroniczny, daje powód do różnych cierpień (choć nie zawsze), a nawet śmierci chorego. Z téj analogii wynika wreszcie i analogija w leczeniu. Tak wrzody na skórze przedudzia, jak i wrzody w żołądku goją się dopiero wtenczas pod wpływem leków, jeżeli przez odpowiednie zachowanie się, przez wyleczenie przyczyn pierwotnych, np. niedokrewności etc., usuniemy przyczynę przeszkadzającą gojeniu. (*Deutsch. med. Wochenschrift.* Nr. 6, 1882).

Dr. Kopff.

R i b b e r t : **Zastępczy przerost nerki.**

Wiadomo powszechnie, że w tych przypadkach, w których jedna nerka przestaje być z jakichkolwiekbądź powodów czynną, druga nerka obejmuje zastępczo jéj czynności co po niejakim czasie zwykło sprowadzać przerost tegoż gruczołu. Jakiego rodzaju ten przerost, czy ilościowy, czy też jakościowy (*Hyperplasia* czy *Hypertrophia*) dotąd nie jest rozstrzygniętém [1]). P e r l wykazał, że przerost zastępczy nerki, jaki często się rozwija w tych przypadkach, gdy druga nerka okazuje puchlinę (*Hydronephrosis*), polega na znacznêm powiększeniu się przybłonków w krętych ceweczkach moczowych, a zatém *Hypertrophia)*, podczas gdy ceweczki proste i kłębki niezmienione. Do nieco odmiennych wyników doszedł R o s e n s t e i n. Sposób zaś, którego R i b b e r t użył dla wybadania jakości przerostu nerek, jest jedynie racyjonalnym. Wychodząc z zasady, że u zwierząt „dorosłych" zastępcze objęcie czynności anatomicznie tak bardzo się nie uwydatni, studyjował skutki tegoż na zwierzętach młodych, rosnących. Obserwacyje odnosiły się zawsze równocześnie do dwóch zwierząt, tegoż samego wieku i wśród tychże samych warunków zewnętrznych. Jednemu zwierzęciu wyłuszczał autor nerkę, drugie zwierzę pozostawało nietknięte. Tylko nerki téj saméj strony bywały porównywane, do tracenia zwierząt używał sposobu, który najmniéj mącił wyniki, t. j. skrwawienia.

Na podstawie ścisłych obliczeń, dotyczących wszystkich składników utkania nerkowego, dochodzi R. do wniosków następujących: 1) Wśród przerastania zastępczego narządów wzrastających powiększa się znacznie w całości istota korowa. Przybytek ten polega na wybitnêm powiększaniu się kłębków Malpighiego i ceweczek krętych. 2) Zastępczy rozrost narządów młodocianych polega na ilościowém mnożeniu się (*Hyperplasia*) przybłonków kanalikowych i kłębkowych i na powiększeniu się (*Hypertrophia*, przerost jakościowy) tychże przybłonków. Powiększenie się wszelako przybłonków kłębkowych jest tylko prawdopodobném. Rozmiary osłonek (*Kapsclweite*) kłębkowych, światło krętych i prostych ceweczek moczowych również nieco stają się znaczniejsze. (*Virchows Archiv* t. 81, z. 1).

Wnioski te jak sądzę i z tego względu są ważne, że w zupełności odpowiadają wiadomościom naszym o czynnościach i ważności poszczególnych składników nerki. *Dr. Pisek.*

H o r n e r : **O leczeniu zapobiegawczém śluzotoku u noworodków.**

Z wykładu, który miał Horner o tym przedmiocie w Tow. lek. w Zurychu podajemy krótki wyciąg. Na 67681 chorych leczonych w domu (leczonych wśród lepszych warunków w szpitalu H. nie uwzględnia z umysłu) w ciągu lat 22 było 468 przypadków śluzotoku u noworodków. Z tych 122 (26,07%) dotkniętych było ciężkiemi cierpieniami rogówki a 55 przebiciem rogówki, 346 nie okazywało jeszcze wrzodów rogówki, w 38 (8,12%) cierpienie rogówki wystąpiło dopiero podczas leczenia. Z ostatnich wyzdrowiało 14 bez szkodliwych plam rogówkowych, w 24 zaś (a więc w 7%) pozostały trwałe zboczenia. Horner wspomina następnie środki zaradcze przeciw śluzotokowi u noworodków stosowane przez Bischoffa w 1875 r. (przestrzykiwanie pochwy rozczynem kw. karbolowego przed porodem i obmywanie oczów noworodków wodą salicylową), Schiess-Gemuseusa w r. 1876 ($^1/_2$% rozczyn kw. karbolowego, lub $^1/_{10}$% tymolu do obmywania i wypłukiwania oczu), Hausmanna w 1879 r. (wstrzykiwania 2% rozczynu kw. karbolowego do pochwy i przemywanie oczu noworodków 1% rozczynem zaraz po przerznięciu się głowy), Crédégo w r. 1880 (oczyszczanie oczu noworodków wodą, zapuszczanie kropli 2% rozczynu azotanu srebrowego, potém przez dobę okłady z 2% rozczynu kw. salicylowego; wstrzykiwania do pochwy zarzucone), Olshausena (przemywanie zamkniętych oczów po urodzeniu zrazu 1%, obecnie 2% rozczynem kw. karbolowego), Graefego (mycie oczu, tak powiek jak spojówki 2% rozczynem kw. karbolowego zaraz po urodzeniu, a następnie co 12 godzin przez pierwsze dwie doby). Horner poczytuje w praktyce prywatnéj tak postępowanie Crédégo, jakotéż proste wymywanie oczu 2% rozczynem kw. karbolowego za przeciwwskazane, ponieważ akuszerki powiek nie odwijają lecz „rozczyn na rogówkę wlewają

[1]) W zeszycie drugim wydanym w niespełna miesiąc późniéj tegoż samego tomu archiwum Virchowa znachodzi się oświadczenie G r a w i t z a i I[illegible], k[illegible]y w pracy swéj o związku przerostu serca z chorobami nerek (*Virch. Arch.* t. 77) do podobnych doszli wyników co R. W istocie też praca R. jest tylko potwierdzeniem, opartém w części i na nowych dowodach, prac powyższych i pracy G u d d e n a (*Ueber Extirpation einer Niere Virch. Arch.* t. 66). (*Przyp. Sprawozd.*).

i jéj zżarcie sprowadzają. Natomiast należy zmuszać akuszerki do leczenia zaradczego przez przestrzykiwanie pochwy, czyste utrzymywanie rąk i narzędzi, tudzież do bezzwłocznego donoszenia w razie wystąpienia choroby. (Wykład w Tow. lek. w Zurychu"). *Dr. Rydel.*

Albrecht: **Pilocarpinum muriaticum w krztuścu.**

Autor, spowodowany ogłoszeniem doświadczeń Guttmanna i innych o skutkach leczniczych pilokarpinu w chorobach gardła i jamy ust, robił doświadczenia nad działaniem tego leku w krztuścu. Stosował on ten lek zwykle w 2gim okresie chorobowym, t. j. skoro można napewne rozpoznanie oprzeć na objawach charakterystycznych właściwego kaszlu. Lek stosowano u 10 chorych; 6 dziewczynek i 4 chłopców, od $1^1/_2$ do 9 lat. Większa połowa tych małych pacyjentów znajdowała się w złych warunkach higijenicznych i była skrofuliczną. Aby można jak najdokładniéj obserwować działanie pilokarpinu nie stosowano nic prócz tego leku. Lek ten podawano zwykle według następującéj formułki: *Rp. Pilocarpini muriatic.* 0,025
Cognac f. Champ. 5,00
Syr.cort. aurant. 25,00
Aq. destill. 70,00.
DS. Po każdym napadzie kaszlu brać łyżeczkę do łyżki stołowéj. Zużyć w ciągu 24 godzin.

Dzieciom do 5 lat podawano lek powyższy po łyżeczce od kawy, starszym po łyżce stołowéj. Już po 24 godzinach widać było skutki pilokarpinu. Błona śluzowa podniebienia miękkiego, migdałki i tylna ściana gardzieli stawały się bledszemi, więcéj wilgotnemi. Objawy zapalne na nagłośni i przy wejściu do krtani są już mniéj widoczne. Śluz wydzielany jest więcéj płynnym, łatwiejszym do wykrztuszenia. Napady kaszlu są o wiele krótsze, nie wyczerpują tak sił dziecka. Późniéj i ilość napadów zmniejsza się wybitnie. Owrzodzeń na więzadełku językowém nigdy nie uważano. Skoro skutek ten osiągnięto, Albrecht radzi przestać podawania pilokarpinu, zaleca zaś okład Priessnitza na szyję i słodkie mleko z dodatkiem chloiku potasu. Po 5 do 6ciu dniach znów wracają napady kaszlu gwałtownego. Podaje się więc znów pilokarpin, poczém zwykle kaszel ustaje. Pilokarpin wprawdzie nie skraca czasu trwania drugiego okresu kokluszu, ale napady kaszlu stają się krótszemi i o wiele rzadszemi przez co siły dziecka nie tak się wyczerpują, a skutkiem tego rekonwalescencyja trwa o wiele krócéj niż przy stosowaniu leków dotąd będących w używaniu. *(Deutsch. med. Wochenschrift,* 1882, Nr. 23). *Dr. Kopff.*

Wiadomości pomniejsze.

(L. K.) **Badanie plam z nasienia męzkiego.** Vogel podaje następujący sposób badania tych plam: plamę badaną należy odmoczyć wodą i ostrożnie nożem zeskrobać, starając się, aby o ile możności jak najmniéj zabrało się cząstek z tkaniny, na któréj plama z nasienia się znajduje. Cząstki zeskrobanéj plamy daje się na szkiełko przedmiotowe mikroskopu, zwilża się kilkoma kroplami zgęszczonego kwasu siarkowego, poczém łatwo oddzielić zabrane jeszcze przypadkowo niteczki tkaniny. Następnie dodaje Vogel 1 do 2 kropli tynktury jodowéj, mięsza ostrożnie pręcikiem szklanym i przykrywa wreszcie zwykłém, cienkiém szkiełkiem. W razie, gdyby ciemno-brunatna warstwa nie przepuszczała światła jak się należy, można albo przedmiot badany rozdzielić na parę szkiełek lub téż przez delikatny ucisk zrobić warstwę cieńszą i łatwiéj przepuszczającą światło. Plemniki zabarwione jodem na brunatno, dają się teraz dokładnie widzieć pod mikroskopem. Nie udało się dotąd autorowi otrzymać preparatów, któreby można dłuższy czas przechować i np. w sądzie okazać. Zwykle w ciągu 24 godzin plemniki ulegają rozpadowi. Przez wypłukanie ostrożne kwasu siarkowego wodą, udało się Voglowi utrzymać preparata co najwyżéj trzy dni. Dodany wyskok natychmiast odbarwiał plemniki, co jest oznaką, że jod w postaci najdelikatniejszych ziarenek wydzielony, osiada tylko na powierzchni plemników. *(Allg. C. Ztg.* Nr. 19).

III. Szkice położnicze ze Wschodu.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski

II.

Akuszerki.

W dalszym ciągu moich opowiadań o praktyce położniczéj w Turcyi przechodzę teraz do szczegółowego przedstawienia charakteru, uzdolnienia i prawdziwie dramatycznéj roli, jaką tu odgrywa tak zwana „Ebe-hanum", „Mami", „Sage femme" czyli, jedném słowem, w jakiém świetle przedstawiają się tu akuszerki, jak wywiązują się z zadania pełnego odpowiedzialności i nie zawsze łatwego do wykonania.

Zanim jednak wprowadzę czytelnika na scenę działania tych naszych koleżanek, pozwolę sobie przytoczyć ogólną opinije, rzucającą jasne światło na tutejsze stosunki praktyki położniczéj. W podróży ze Stambułu do Warny, wypadek czy zbieg okoliczności zetknął mnie z jedną z najbardziéj znanych tu znakomitości dyplomatycznych. Znajomość, jak zwykle na pokładzie statku, szybko zrobiona wkrótce prowadzi do zawiązania rozmowy otwartéj i szczeréj. Po zamienieniu więc kilku rutynowych zdań, wkrótce się dowiedziałem, że dostojny mój towarzysz odbywa podróż w celu przytłumienia w sobie głosu rozpaczy, wywołanéj stratą żony, młodéj i pełnéj zdrowia. Powodem zaś śmierci były następstwa trudnego połogu, pogorszone jeszcze nieumiejętném i barbarzyńskiém prawie zachowaniem się akuszerki! Czujący bardzo swą stratę, młody mąż wymownie charakteryzował mi stołecznych koryfeuszów sztuki położniczéj, a ja słuchając jego narzekań, tchnących żalem i zgrozą, powziąłem projekt wystudyjowania działalności tutejszych akuszerek, uważając tę sprawę za ważną i przedstawiającą dla mnie wyłączny interes.

Szkic więc obecny poświęcę przedstawieniu zwyczajów stambulskich akuszerek, ich teoryjom zwichniętym i przesądnym, ich wreszcie praktyce, najczęściéj pogarszającéj sytuacyję położnic, co wszystko da nam poznać stan opłakany towarzyszący stale na Wschodzie ważnéj sprawie rozplenu.

Parę pobieżnych uwag o akuszerkach w ogóle, o ich znaczeniu i granicach ich zadania w usłudze przy rodzących uważam za konieczne do zrobienia. Jeżeli rzucimy okiem na królestwo zwierząt przekonamy się, że we wszystkich jego stopniach natura własnemi siłami wystarcza sobie saméj w dziele czynności porodowéj. Co innego jednak spotykamy w rodzaju ludzkim, niecieszącym się podobnym przywilejem! I jeżeli jest niezaprzeczoną prawdą, że w wielkich miastach, mianowicie pośród kobiet z klasy zamożnéj, pośrednictwo sztuki jest prawie nieuniknioną koniecznością, to przeciwnie, to co ma miejsce po wsiach, potwierdza najzupełniéj wyżéj wypowiedziane zdanie. Wtedy bowiem, gdy mieszkanka miast, podczas trwania ciąży i w okresie porodowym zwykła uskarżać się na najrozmaitsze objawy chorobowe, często narażające ją na niebezpieczeństwo, wieśniaczki przeciwnie, bez trudności i prawie zawsze bez obawy

dochodzą do decydującego okresu rozwiązania. Ta tak widoczna różnica nie może być inaczéj tłumaczoną jak tylko przez uwzględnienie życia dwóch tych klas naszego społeczeństwa. Bo gdy jedna z nich stale oddycha świeżém powietrzem, żyjąc zgodnie z prawami natury; druga, pozostając w sztucznych „cercles vicieux“ cieszy się wprawdzie wygodami codziennego bytu, nigdy wszakże nie bywa wolną od niedogodności, sprowadzonych zbyt wygórowaném pojęciem o własnéj higijenie. Czego następstwem bywa zwykle to, że stan fizyjologiczny przeobraża się w pojawy patologiczne ciężkie, groźne i dość często sprowadzające nieszczęśliwe zejścia. Ztąd więc można przyjąć za ogólne prawidło, że dla rodzaju ludzkiego pośrednictwo sztuki położniczéj nie byłoby konieczném, gdyby go nie wywoływały okoliczności, stworzone nowemi potrzebami cywilizacyi, téj, że tak powiem, mistrzyni w osłabieniu ustroju, bardzo sprzyjającéj zwyrodnieniu typu pierwotnego i normalnego. Czyż bowiem nie jest prawdą, że wszystkie przyczyny pojawów i powikłań niekorzystnie oddziaływających na stan ciąży, jak zniekształtnienie miednicy, wady w narządzie płciowym itp. zależą w ogóle od błędów rozwojowych i nieodpowiedniéj higijeny młodego wieku. Czyż nie jest pewnym, że większa ilość kobiet z miast nie podlega rozmaitym stanom chorobowym organów płciowych, jak tylko w następstwie nałogów i rozpustnego życia, tych prawdziwych plag, powstrzymujących swobodny tryb czynności ustrojowych? Czyż podobna zaprzeczyć, że ustroje wątłe, nerwowe, dotknięte blednicą itd. tak zwykłe u młodych dziewczyn po miastach, nie są czém innem, jeno następstwem wadliwego wychowania fizycznego, braku ruchu i złego w ogóle odżywiania się? Wreszcie i to można przypuścić, że przykłady częstych krwotoków, poronień, występujących w przebiegu ciąży u kobiet miejskich, są następstwem namiętnych popędów i zbytku rozkoszy cielesnéj.

Przeciwnie dziewczyna wiejska przedstawia nam wzór doskonałéj budowy. U niéj pojawy wyżéj podane nie spotykają się prawie; cierpienia nerwowe są jéj nieznane. To samo dotyczy jéj organów płciowych, rzadko kiedy podlegających cierpieniom. To téż taka to kobieta zwykła rodzić dzieci zdrowe, silne, dobrze zbudowane i przedstawiające wszystkie warunki żywotności. Co więcéj kobiety po miastach rzadko kiedy miewają dostateczną ilość pokarmu do wyżywienia noworodka. Słowem za istotną można uważać prawdę, że rodzaj ludzki coraz to bardziéj karłowacieje w sferach społeczeństwa cywilizowanego, i że możnaby było przepowiedzieć prawie chwilę zupełnego jego zwyrodnienia, gdyby wieśniaczka płodną swą piersią nie była powołaną poprawić zachodzące straty. Z powyżéj więc zrobionego poglądu wyprowadzam to zdanie, że pomoc sztuki położniczéj okazuje się zbyteczną u kobiety dobrze zbudowanéj i zdrowéj, ponieważ u niéj, dzięki prawom wszech potężnéj natury, sprawa reprodukcyi odbywa się i powinna się odbywać w sposób czysto fizyjologiczny.

Tak przedstawiony stan rzeczy wytłumaczy nam teraz to nadzwyczajne zaniepokojenie, jakie powstaje w rodzinach miejskich z pierwszą chwilą zajścia w ciążę. Wieśniaczka zaś tak zdaje się być pewną szczęśliwego zejścia swego stanu, że nie zwraca nań prawie uwagi. W miastach ostatnie kilka dni stanu kobiety ciężarnéj zchodzą zwykle na naradach z akuszerkami, a nawet i lekarzami, wtedy gdy wieśniaczka zadawalnia się obecnością swéj matki i to tylko dla tego, by mieć towarzyszkę w chwili nadejść mających cierpień. Kobieta miejska na kilka dni przed okresem swego rozwiązania nie chce więcéj opuścić pokoju, z obawy narażenia się na wpływy zewnętrzne, wieśniaczka przeciwnie trwa daléj w kontynuowaniu swych zajęć, często aż do chwili wystąpienia pierwszych bólów. Wreszcie gdy miejska dama przyjmuje liczne życzenia szczęśliwego zejścia ciąży, można spotkać wieśniaczkę powracającą z pola i niosącą na ramieniu owoc swéj ciąży, tak spokojnie, jakby nic szczególnego nie zaszło. Uderzający charakter tych różnic miedzy dwoma warstwami naszego społeczeństwa potwierdza raz jeszcze, że poród i połóg w stanie natury jest czynnością czysto fizyjologiczną i jeżeli cywilizacyja i jéj następstwa, przepych, rozpusta, choroby, wady zwyczajowe, przyczyniły się do sprowadzenia powikłań w tym prawidłowym trybie natury, to zawsze nauka i pomoc sztuki położniczéj, powinny się ograniczać do najtrudniejszych przypadków i mieć na celu uregulowanie tylko saméj czynności, wspieranie natury lub lepiéj jeszcze naśladowanie jéj tam, gdzie właściwy zapas sił okaże się niedostatecznym.

Takiemi też są w większéj ilości przypadków okoliczności, w których akuszerka powinna działać, t. j. powinna popierać siły natury. Wtedy gdy w przypadkach prawidłowych zadanie jéj powinno się ograniczyć na podziwianiu natury, która piękne swe dzieło sama zwykła kończyć.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Zjazd II Lekarzy i Przyrodników czeskich w Pradze.

X.

c) Podsekcyja dla medycyny sądowéj. Posiedzenie z d. 28 maja. Przewodniczący Dr. Wiktor z Rozwadowa.

Dr. Wiktor: O reformie szczepienia ospy. Zaznaczywszy korzyści szczepienia ospy, przyczém powołuje się na swą broszurkę, którą po egzemplarzu członkom sekcyi rozdaje, prelegent twierdzi, że potrzeba reformy w szczepieniu dzisiejszém jest niezbędną z następujących powodów: 1) Szczepiąc limfą z ramienia na ramię można przeszczepić kiłę, zołzy i gruźlicę, a ideałem szczepienia jest szczepienie krowianką. 2) Szczepienie dzisiejsze nie jest przymusowém, przez co wiele dzieci usuwa się od szczepienia i stanowi materyjał, na którym się ospa rozwijać i rozszerzać może, zwłaszcza, że się szczepi tylko przez kilka miesięcy każdego roku, przez co dzieci, urodzone w okresie nieszczepienia, stanowią materyjał dla ospy zwykłéj. 3) Dzisiaj nie ma przymusu rewakcynacyi, a wiadomo, że po pewnym czasie ochronność, przez szczepienie ospy otrzymana, słabnie, a nawet ginie, więc w tych warunkach osoby szczepione, a nie rewakcynowane, stanowią materyjał dla ospy zwykłéj. 4) Dzisiaj szczepiąc zbiera się limfę z dziecinnych ramion; wiele matek tak jest przeciwnych zbieraniu, że woli dziecko nie szczepić, a kiedy już zaszczepione, unika rewizyi. Przy braku odpowiednich lokalów dla szczepienia, szkodliwém jest dla zdrowia dzieci nadmierne ich nagromadzenie w jednym pokoju, zwłaszcza że między zdrowemi zawsze są i chore, często na choroby zakaźne cierpiące. Dla usunięcia tych braków Dr. Wiktor radzi: *a*) zniesienie szczepienia limfą humanizowaną, a zastąpienie jéj krowianką, i w tym celu należy potworzyć zakłady dostarczające krowianki; *b*) szczepienie i rewakcynacyje winny być przymusowe. Następnie prelegent podaje zarys, jakby należało urządzić szczepienie, jak wystarać się o taką ustawę, jaka obowiązuje w Bawaryi,

jak urządzić zakłady dostarczające taniéj krowianki, kraj należy podzielić na okręgi szczepienia i powyznaczać lekarzy okręgowych do szczepienia, którzyby rok cały szczepili. Ubogim krowianka powinna być dana bezpłatnie, bogatsi płacą, lecz taniość jest warunkiem niezbędnym.

Dr. Záhoř: O epidemijach cholery w Pradze. Od czasu ostatniéj cholery w latach 1872—1873 miał prelegent kilkakrotną sposobność rozpatrzyć się w dokumentach dotyczących przebiegu téj epidemii, która różnemi laty w Pradze występywała. Zdając sprawę w „Časop. č. l.“ z głównych epidemij cholerycznych, opisanych w Arch. Virchowa i Hirscha, prelegent szukał przedewszystkiém opisu cholery, która panowała w Pradze, i tym sposobem doszedł do cennego materyjału dla przyszłéj pracy, z któréj dziś krótki wyciąg podaje. Główne epidemije choleryczne w Pradze przypadały w następujących latach: 1831—1832 (siedm miesięcy), 1849—1851 (dwa i pół lat), 1866—1867 (10 miesięcy), a wreszcie ostatnia w r. 1872—1873 (cały rok). Śmiertelność pojedyńczych tych epidemij była następująca: w r. 1831 (Stelzig) 41,73%, w r. 1849 (Löschner) 66,9%, w r. 1866 (Přibram) 52,72%, w 1872 (Záhoř) 61,8%. Srednia smiertelność wynosi mniéj więcéj 50%; przypadki pierwsze były najwięcéj zabójcze, łagodniały z biegiem trwania cholery. Przyczyny wybuchu epidemii nie dały się wyśledzić we wszystkich prażskich epidemijach dało się wykazać zawlečzenie zarazy; pierwsze padały praczki, które prały bieliznę po chorych na cholerę. W tych miejscowościach, gdzie panowała cholera, szerzy się później dur nagminny. Zaraza rozprzestrzenia się kanałami, wybrzezami rzek. Okolice zdrowe, czystość mieszkań, zamożność mieszkańców ograniczają siłę zarazy, natomiast miejscowość mało przewietrzana, niechlujstwo mieszkańców spracowanych, wynędzniałych, są dla niéj glebą urodzajną. Leczenie rozmaite, mało skuteczne. Przewietrzanie i odwonienie mieszkań pocholerycznych i wychodków winno być z urzędu nakazane, odstawianie chorych do szpitala powinno wszystkich obowiązywać.

Dr. Pelc: Trujące wyziewy zaduchowe. Zatrucie wyziewami zaduchowemi o wiele częściéj wydarza się, aniżeli to na oko wydaje się; gdzie tylko ludzie w ścisku żyją, czy to w wielkich miastach, czy w małych osadach, czy też w przeludnionych zakładach wspólnéj pracy, zatrucie zaduchowe jest możebném. Mówiąc o zatruciu zaduchowém, prelegent miał na myśli nietylko przypadki ostre, śmiertelne, ale i zatrucia lżejsze, których przyczyna często bywa nierozpoznaną; te lżejsze przypadki zatrucia tém więcéj winny zwracać naszą uwagę na siebie, że częściéj mają miejsce; przyczyną podobnego zatrucia mogą być te wszystkie okoliczności, które dają możność wytwarzaniu się rozkładowych, zdrowiu szkodliwych, wyziewów, w miejscu ściśniętém; nie ma tu mowy o tych tylko wyziewach, które cuchną, lecz i tych, które nie zdradza żaden swąd powonieniem spostrzegalny. Objawy zatrucia są rozmaite, od prostego niedomagania, niestrawności, do wybuchu przypadów cholerycznych z zapadem, kurczami, wysoką ciepłotą, żółtaczką. Zejście, przy wczesném podaniu pomocy bywa pomyślném, lecz u osłabionych i dzieci często śmierć się wydarza. Wszelkie rozporządzenia rządowe nie wystarczają, jeśli się ograniczają na piśmiennych nakazach i instrukcyjach; odwonienie nie prowadzi do celu, gdyż nazajutrz może nastąpić już zatrucie; tylko systematyczne oczyszczanie mieszkań z materyjału rozkładającego się (wychodki, gruzy, ścieki fabryczne), niedopuszczanie do przemakania gruntu produktami gnicia, mogą zapobiedz przypadkom uduszenia się wyziewami zaduchowemi.

Dr. J. Böhm: O wściekliźnie. 1) Wścieklizna jest psychoneurozą. 2) Zachorowanie występuje skoro jad złożony w ranie dostaje się do naczyń sąsiednich, a tą drogą do narządów. 3) Jad rozprzestrzenia się drogą naczyń chłonnych w kierunku dośrodkowym (dosercowym) i odśrodkowym (obwodowym). 5) Sądząc z objawów cierpienie powstaje w zakresie czynności nerwów błędnego i sympatycznego, jednocześnie spostrzegają się zaburzenia w czynnościach nerwu podjęzykowego, twarzowego itd., ostatni ulega zajęciu zakaźnemu mózg. 6) Przyroda przyrzutu nie zdaje się być pasorzytową, przypomina on działaniem swém jad gadów. 7) Na działalność jadu w organiźmie wielki wywiera wpływ sprawa biochemiczna w zakażonym ustroju. 8) U zakażonych wścieklizną wielką odgrywa rolę predyspozycyja. 9) Przebieg typowy choroby u człowieka i zwierzęcia zawsze jednaki; wścieklizna u człowieka wyróżnia się chyba tém, że w początku wola wyrozumowana nie podlega chorobowym popędom.

Dr. Bělohradský: O próbie usznéj. Oględziny pośmiertne noworodka i wydanie orzeczenia na podstawie tych oględzin należą do nader trudnych zadań sądowego lekarza. Wynalazek próby usznéj ma nadzwyczaj wielkie znaczenie dla medycyny sądowéj. Pierwsze ślady, które doprowadziły do nauki o próbie usznéj, spotykamy u Fabrycyjusza ab Aquapendente (1614), utrzymującego podług nauki Arystotelesa, że w jamie usznéj noworodka jest powietrze, *„qui complantatus, inaedificatus et congenitus appelatur.... a primordiis in aure positum esse.* Badania Tröltscha udowodniły, że jama bębenkowa u płodu nie jest pustą, lecz śluzem wypełniona; ten naukowy pewnik spożytkował Wendt do następujących wniosków: 1) jeśli w jamie bębenkowéj donoszonego noworodka znajdujemy wody płodowe, dziecię nie oddechało energicznie, ani w macicy, ani po porodzie 2) jeśli w jamie usznéj nie ma wód płodowych noworodek oddychał; 3) jeśli w jamie usznéj znajduje się obok powietrza śluz i smołka, to nastąpiło to skutkiem energicznych ruchów oddechowych. Wreden twierdzi, że śluz ustępuje z ucha noworodka dopiero po 24 godzinach życia po porodzie; jeśli jama uszna jest napełnioną wodą płodową do połowy, noworodek żył 12 godzin. Gdyby poglądy Wredena sprawdziły się, miałyby one niezmiernie doniosłe znaczenie dla lekarza sądowego. Ważnym tym przedmiotem zajmowali się koryfeusze sądowéj medycyny: prof. Hofmann, prof. Blumenstok, F. Ogston, Moldenhauer, Schmalz, Kutschurianz, Lesser; na podstawie tych cennych prac wydoskonaliła się nauka o próbie usznéj, jak to czytamy w klasycznych podręcznikach Casper-Limana, Hofmanna, Maschki, Schauenstein; pomimo tego wszystkie wątpliwości nie zostały usunięte. Chcąc dorzucić cegiełkę do wspólnéj budowy, gromadził prelegent materyjał dla wyjaśnienia próby usznéj, i obecnie posiada: 11 płodów niedonoszonych, 51 noworodków, 54 dzieci z pierwszych dni życia, razem 116 przypadków, badania swoje mikroskopowe poddawał prelegent kontroli znanych w Czechach na tém polu powag, Drów Schöbla i nieodżałowanego Doc. Dra Nowotnego. Wynik zachodów naukowych prelegenta ogłoszonym będzie na innem miejscu.

Dr. Bělohradský: Środki desinfekcyjne 16 i 17 stóleci i obecnie używane. Odczyt ten miał na celu zwrócenie uwagi na znajdujące się na wystawie środki

desinfekcyjne stare i nowe, które zgromadziła i ustawiła firma Všetečka i Appelta; ogólne zajęcie, jakie ten dział wystawy obudził, stwierdza, że myśl wystawców była szczęśliwa. Pan Všetečka jednocześnie wystawił 6 książek farmaceutyczno-lekarskich z 16 i 17 stóleci. *Dr. A. Kwaśnicki.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 16—22 lipca śmiertelność ogólna wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców wzniosła się w Krakowie z 21,4 do 32,8. Z duru brzusznego umarło 1 (0 z. t.); z duru osutkowego 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku odry, 1 błonicy, 1 duru osutkowego i kilku przypadkach choleryny. W tygodniu od 9 do 15 lipca umarło z ospy w Wiedniu 20, w Budapeszcie 5, w Paryżu 11, w Petersburgu 20, w Warszawie (od 25 czerwca do 1 lipca) 31. Z duru brzusznego umarło więcéj osób w Paryżu. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie w większych miastach głównie hiszpańskich. Nieżyt jelit zabiera wiele ofiar pomiędzy dziećmi. Cholera pojawiła się w Saragosie, Baltimore i Nowym Orleanie w drugiéj połowie czerwca.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 9—15 lipca umarło wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 21,4; we Lwowie 30,1; w Poznaniu 38,7; w Wiedniu 29,8; w Budapeszcie 31,2; w Pradze 30,8; w Tryjeście 31,6; w Berlinie 36,0; w Wrocławiu 37,6; w Gdańsku 27,4; w Mnichowie 24,5; w Dreźnie 28,2; w Lipsku 20,1; w Bazylei 19,6; w Brukseli 23,9; w Amsterdamie 23,4; w Paryżu 20,5; w Kopenhadze 25,2; w Stokholmie 27,7; w Chrystyjanii 20,0; w Petersburgu 34,8; w Odesie 44,3; w Bukareszcie 26,0; w Madrycie 41,4; w Lizbonie 30,0; w Aleksandryi 29,7; w Nowym Yorku 27,6; w Filadelfii 20,3; w Bombaju 21,3. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków d. 3 sierpnia. W połowie b. m. wyjdzie: Kalendarz lekarski na r. 1883, ułożony przez Dra Jana Stellę Sawickiego, inspektora szpitali galicyjskich. Oglądaliśmy pierwszy egzemplarz tego kalendarza i znaleźliśmy, że tak formą jak bogactwem treści informacyjnéj i naukowéj nic nie zostawia do życzenia. Ażeby kalendarz lekarski miał praktyczne zastosowanie, winien być tych rozmiarów, które umożebniają ustawiczne jego noszenie przy sobie; owoż o naszych kalendarzach z lat poprzednich tego powiedzieć nie można było. Wydawcy kalendarza na r. 1883 (Gubrynowicz i Schmidt) zapobiegli téj niedogodności, dając format, papier i druk w niczém nieustępujący kalendarzom niemieckim i francuzkim. Nie posiadamy jeszcze kalendarza Dra J. Sawickiego, ażebyśmy mogli pomówić o wartości i ścisłości jego treści, aczkolwiek przekonani jesteśmy, że jest on opracowany z całą znajomością i sumiennością; bogactwo działu informacyjno-naukowego poznać możemy chociażby z wymienienia spisu rzeczy: notatki terapeutyczne (choroby wewnętrzne i zewnętrzne), krótki rys chorób ocznych, badanie siły wzroku, choroby uszów i nosa, skórne, kobiece, położnictwo, tablica brzemienności, hydroterapija, leczenie za pomocą wziewań, wstrzykiwań podskórnych; krótka farmakologija; środki do zachowania włosów i skóry w dobrym stanie; kąpiele; najwyższe dawki środków leczniczych; ile kropli leków płynnych liczy się na gram; ratowanie w otruciach; ratowanie pozornie zmarłych; analiza moczu; wiadomości zawodowe: akuszerka, apteka, balsamowanie, handel truciznami, honoraryja lekarskie, lekarze powiatowi, mamki, nieprawne zajmowanie się leczeniem; niezdolność płciowa; norma ordynacyjna lekarstw; obłąkani, oględziny ciał zmarłych, odwietrzanie, otwarcie zwłok, prawność porodu, przewóz zwłok, przyczyna niezdolności do robienia testamentu, rany, samobójstwo, spędzenie płodu, świadectwo, świadectwo fałszywe, szczepienie ospy, taryfa należytości, umowa, zabójstwo dziecka, zaniedbanie chorego, zawinienie lekarza przez nieumiejętność, zgwałcenie, wzór orzeczenia sądowo-lekarskiego, zasadnicze formy obłąkania, o przyjmowaniu umysłowo chorych do zakładu, świadectwo wydane osobie obłąkanéj, zakłady zdrojowe w kraju i za granicą; tabliczka porównania starych i nowych miar, obliczenie procentu zwykłego i złożonego, statystyka Galicyi, niektóre przepisy pocztowe, telegrafy, tabliczka do porównania skal różnych termometrów, barometr, psychrometr, prężność pary wodnéj nasyconéj, gęstość, ciężar właściwy, ilość powietrza i wody przypadająca na jednego chorego w zakładach leczniczych, porównanie siły ogrzewającéj różnego rodzaju paliwa, wentylacyja, środek przeciw rdzawieniu narzędzi lekarskich, ząbkowanie u dzieci, sztuczne karmienie dzieci, koleje żelazne w Galicyi, skala stemplowa, służba zdrowia w Galicyi, kalendarz stoletni, kalendarz na r. 1883, notatki itd.

Z tego dłuższego wyszczególnienia czytelnik nabierze przekonania, że Dr. J. Sawicki poruszył w swym kalendarzu wszystkie strony życia lekarza, a zadając sobie tę zmudną pracę osiągnie on niewątpliwie tę nagrodę moralną, że przyczynił się do uwolnienia swych kolegów i rodaków od płacenia niczém nie uzasadnionéj, a doprawdy niepochlebnéj daniny obcym.

W Krynicy do d. 24 lipca bawiło osób 2373.

W Cieplicach czeskich do d. 25 lipca było gości kąpielowych osób 7248.

* W Luhaczowicach do d. 19 lipca było gości 804.

Od Wydziału medycznego Towarzystwa Naukowego Akademików Polaków w Berlinie otrzymujemy następujące sprawozdanie z prośbą o umieszczenie.

W drugiém półroczu istnienia swego liczył Wydział medyczny 20 członków. Posiedzenia odbywały się raz w tydzień, na których czytano rozprawy z dziedziny medycyny. Oprócz tego miewali członkowie na każdém posiedzeniu wykłady z anatomii, mające głównie na celu przyswojenie terminologii polskiéj.

Z rozpraw odczytywanych wymienić nam wypada:
1) Kol. Panka: „Głos i mowa."
2) Kol. Jaruszewskiego: „O pęcherzu moczowym."
3) Kol. Truszczyńskiego: „O tyfusie brzusznym ze szczególném uwzględnieniem nowszych spostrzeżeń na polu etyjologiczno-patogenetycznem."
4) Kol. Trzcińskiego: „O mechanizmie oddychania."
5) Kol. Wróblewskiego: „Ślina, jéj tworzenie się i użycie."
6) Kol. Lniskiego: „Anatomija serca i położenie jego względem płuc przy oddychaniu."
7) Kol. Żuralskiego: „O tkance mięśniowéj pod względem histologicznym."
8) Kol. J. Panieńskiego: „O własnościach fizyjologicznych mięśni."
9) Kol. Holtzera: „O histologicznéj budowie nerwów."

Biblijoteka medyczna znowu się powiększyła o kilkanaście dzieł, które po większéj części Wydziałowi w podarunku przesłano. Łaskawym Panom ofiarodawcom, a mianowicie panu prof. Drowi Korczyńskiemu z Krakowa, panu Drowi Rybczyńskiemu z Krakowa i panu Drowi Rogowiczowi z Warszawy składa Wydział niniejszém swe najserdeczniejsze dzięki.

Do zarządu Wydziału w półroczu letniém należeli: kol. A. Kołodziéj przewodniczący, kol. K. Wróblewski sekretarz, kol. J. Trzciński skarbnik. Na czas półrocza zimowego 82/83 wybrano kol. J. Trzcińskiego prezesem, kol. J. Panieńskiego sekretarzem i kol. W. Żuralskiego skarbnikiem Wydziału.

Berlin dnia 29go lipca 1882.

A. Kołodziéj prezes. *K. Wróblewski.* sekretarz.

P.S. Wszelkie przesyłki upraszamy adresować: Berlin N. Johannistr. 12. III Hof.

* Nowomianowany we Wiedniu prof. Nothnagel jest synem lekarza i urodził się na wsi w blizkości Berlina d. 28 września 1841 r. Studyja gimnazyjalne ukończył w Królewcu, lekarskie w Berlinie. W 1865 mianowany asystentem Leydena w Królewcu wykładał tamże, jako docent prywatny, późniéj był docentem w Berlinie i Wrocławiu, zkąd powołany został jako profesor farmakologii do Fryburga, a w r. 1874 jako profesor kliniki do Jeny.

* W czasie wielkich upałów, jakie panowały przed 2ma tygodniami w środkowéj Europie, spostrzegano w wielu miastach choroby przewodu pokarmowego z objawami właściwymi cholerze. Oberpolicmajster m. Warszawy, zasięgnąwszy zdania w téj sprawie rady lekarskiéj, która orzekła, że przyczyną pojawiania się podobnych wypadków było picie zimnéj wody, piwa z lodu, lub innych napojów z lodem, szczególnie po zjedzeniu owoców, suro-

wizn itd., zalecił komisarzom cyrkułowym, ażeby przestrzegli mieszkańców, szczególnie klasę ubogich, przed tego rodzaju szkodliwemi napojami, oraz wezwał lekarzy, ażeby o każdym przypadku choleryny zawiadomili policyję dla powiadomienia p. inspektora służby zdrowia.

* *Dziennik Warsz.* w Nrze 140 donosi, że Dr. Chwieckowski zapisał 40,000 rsr. na szerzenie oświaty w zakresie nauk przyrodniczo-lekarskich, oraz na stypendyja dla uczniów Polaków warszawskiego Uniwersytetu.

* **W Frankfurcie n./M.** odbędzie się d. 13, 14, 15, 16 sierpnia b. r. ogólne zgromadzenie niemieckiego Towarzystwa antropologicznego.

* **Paryż** W b. m. odbędzie się w Rochelle kongres Stowarzyszenia francuzkiego dla postępu nauk. Między odczytami w sekcyi lekarskiéj zapowiedział Dr. Gałęzowski: O zaburzeniach wzrokowych u kobiet karmiących".

* **Londyn.** Na pomnik Darwina złożono już 62,175 fr.; uchwalono postawić pomnik w British-Museum, w wielkiéj sali dla sekcyi historyi naturalnéj.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Fryburg.** Dr. Jan Strasser, asystent z Wrocławia, mianowany został profesorem anatomii opisowéj. — **Wiedeń** Nowomianowany prof. Nothnagel przybył do Wiednia i oglądał zakład swój kliniczny. — **Berlin.** Po odmowie Volkmanna następcą Langenbecka ma zostać prof. Bergmann z Würzburga. Oprócz niego wymieniają jako kandydatów Königa z Gietyngi i Czernego z Heidelbergu.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. A. Rosenthal, p. o. lekarza ordynującego w szpitalu św. Jana Bożego, został zatwierdzony przez ministra spraw wewnętrznych na téj posadzie, którą prowizorycznie piastował. Dr. Akwilew, prosektor przy katedrze medycyny sądowéj warszawskiego Uniwersytetu, mianowany został dyrektorem szkoły realnéj w Łowiczu.

Nekrologija. Dr. Zygmunt Langer wysłany przez wiedeńskie Towarz. geograficzne w misyi naukowéj do Arabii, został zamordowany przez rozbójników arabskich. Dr. Variot padł ofiarą błonicy, któréj nabył ratując dziecko chore na tę chorobę. W Petersburgu umarł prof. Akademii Dr. Zabłocki-Diesiatowski.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 30: Orłowskiego: Ciała obce w pęcherzu moczowym. — W *Medycynie* Nr. 30: Boryssowicza: Z kazuistyki sądowo-lekarskiéj. (C. d.)

Sprostowanie. W Nrze 28 str. 382 w uwadze pod szpaltą drugą zamiast „dla injekcyi mikroskopowych" ma być „dla injekcyi makroskopowych". W Nrze 29 str. 394 w szpalcie pierwszéj, wiersz siódmy od dołu, zamiast „polygraf Kurka" ma być „polygraf Knolla".

W zastępstwie redaktora **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 12 sierpnia 1882. № 32. Rok XXI.

I. O wycinaniu odźwiernika.

Wykład kliniczny.
Podał Dr. Rydygier.

I. Pogląd historyczny na rozwój operacyi.

Wielce zasłużyli się Gussenbauer i Winiwarter, (*Die partielle Magenresection. Eine experimentelle, operative Studie, nebst einer Zusammenstellung der im path.-anat. Institute zu Wien in dem Zeitraume von 1817—1875 beobachteten Magencarcinome. Langenbecka Arch. t. XIX, zesz. 3, str. 347 i nast*). wykazując na podstawie swych doświadczeń na zwierzętach, że wycięcie odźwiernika jest operacyją możliwą; a daléj, że utrata tak ważnéj części żołądka nie pociąga wcale za sobą śmiertelnych zaburzeń w jego czynnościach.

Wprawdzie już przed nimi Merrem (*Animadversiones quaedam chirurgicae experimentis in animalibus factis ill. Auct. D. O. T. Merrem, Med. Doct. Gissae, 1810)* wykonał kilka razy tę operacyję na psach z dobrym nawet skutkiem, i na podstawie swych doświadczeń zalecał ją także do wykonania na ludziach, cierpiących na raka odźwiernika. Jego polecenie atoli nie zyskało wcale uwzględnienia, jak to na owe czasy inaczéj téż być nie mogło.

Później podjął Kaiser (*Beiträge zu den Operationen am Magen* w Czernego, *Beiträge zur operativen Chirurgie*, str. 95 i nast.) pod kierunkiem Czernego doświadczenia Gussenbauerowskie, i nietylko potwierdził ich wyniki, ale nadto o tyle je rozszerzył, że udało mu się wycięcie całego żołądka z dobrym skutkiem.

W ostatnim czasie Dr. Wehr, (*Zur Operationstechnik bei Pylorus-Resection. Centralblatt f. Chir. 1881, Nr. 10* i *Experimentelle Beiträge zur Operationstechnik bei Pylorusresection. Dt. Ztschft. f. Chir.* t. XVII 1 i 2 zesz.) dawniejszy mój asystent, zachęcony przezemnie, wykonał cały szereg doświadczeń w méj klinice prywatnéj; celem ich było ustanowienie najodpowiedniejszego sposobu operowania, zapewniającego i u ludzi wykonanie téj operacyi z dobrym skutkiem.

Myliłby się atoli ten, ktoby sądził, że te doświadczenia jedynie, lub w znaczniejszéj części zapewniły wykonanie téj operacyi na człowieku. Możeby z niemi podobnie było poszło, jak z doświadczeniami Merema, początkowo jeszcze jako „*curiosum*“ wspominanemi, a późniéj zupełnie zapomnianemi, gdyby inne operacyje, podjęte, szczęśliwie w całéj długości przewodu pokarmowego nie były wykazały, że wycięcie odźwiernika i na człowieku udać się może i udać się musi.

Na pierwszém miejscu wymieniam tu wycięcia jelit, tak często i z tak dobrym skutkiem w ostatnim czasie podejmowane (zob. Madelunga (*Uiber circuläre Darmnath und Darmresection. Verhandl. d. Dt. Ges. f. Chir.* X Congr. i Lgbka Arch. t. XXVII, z. 2 i moje (O wycinaniu itd. Przegl. Lek. 1881, Nr. 40, 41, 42, 43, 44) zestawienia). Ztąd dowiedzieliśmy się, że rany jelit nadzwyczaj łatwo zrastają bezpośrednio *(per primam)*, byleby je odpowiednim szwem połączyć.

Co do przełyku to Billroth (w *Lgbck Arch. f. klin. Chir.* t. XIII, str. 65) pierwszy na psach wykazał, że można kawałki okrągłe (*circulär*) z niego wycinać, a mimo to zrośnienie szybko postępuje, tworząc tylko nieznaczne zwężenie łatwe do rozszerzenia. Czerny (*Neue Operationen, Ctrbl. f. Chir. 1877, Nr. 28)* pierwszy szczęśliwie dokonał operacyi na człowieku.

Przedewszystkiém atoli operacyje na żołądku samym wykonane pokazały, że rany jego, zupełnie tak samo jak jelit, skłonne są do bezpośredniego zrośnienia; a powtóre usunęły obawę przed siłą trawiącą soku żołądkowego i wpływem jego rozpuszczającym na nowo tworzącą się bliznę.

Podług Wölflera (*Uiber die vom Herrn Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus.* Wien.) już w r. 1521 połączył pewien lekarz bawarski ranę żołądka szwami.

Siedmnaście lat temu jak Torelli (*Caso straordinario*

di ferita dello estomaco. Bull. de science med. Bol. 1878 ref. Escher w Centr. f. Chir., 1879, str. 398) wykonał prawdopodobnie pierwsze wycięcie części żołądka z dobrym skutkiem: mężczyznie 29 lat liczącemu wypadł kawał żołądka przez ranę ścian brzusznych dwukrotnie przekłuty; Torelli wypadniętą tę część 16cm. średnicy razem z ranami wyciął, a operowany jeszcze po 13 latach zupełnie dobrze się miał.

Billroth (*Wien. med. Wochenschrift*, 1877, Nr. 38) oddzielił brzegi przetoki żołądkowéj od ścian brzusznych i połączył je szwem, usuwając w ten sposób przetokę.

Esmarch (Nueber refer. o tym przypadku na VIII Zjeździe Chirurgów i H. Petersen, *Eine Magenresection zur Heilung einer Magenbauchwandfistel.* Diss. Kiel. 1880) poobcinał brzegi przetoki żołądkowéj naokoło na $^1/_2$—1ctm. szerokości, zeszył je i przetokę wyleczył.

Tak więc operacyja wycięcia odźwiernika była pod wszelkim względem dobrze przygotowaną, i słusznie powiedział Billroth, opisując przypadek swój szwu żołądkowego: Potrzeba tylko jeden krok śmiało naprzód postąpić, żeby od téj operacyi przejść do wycięcia zrakowaciałéj części żołądka (*Es ist von dieser Operation zur Resection eines Stückes carcinomatös degenerirten Magens nur noch ein kühner Schritt zu machen*).

Śmiały ten krok zrobił pierwszy francuzki chirurg Péan (*Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, str. 517 i nast.). Dnia 9 kwietnia 1879 r. wyciął on zrakowaciały odźwiernik na usilne życzenie chorego. (Tak do tego przypadku, jako i następnych wrócę jeszcze w toku rozprawy opisując sposób operowania, a nadto załączam jako dodatek I. zupełne zestawienie dotychczas wykonanych i ogłoszonych wycięć odźwiernika). 5go dnia po operacyi chory jego umarł na ogólny upadek sił, kiedy właśnie robiono przygotowania do trzeciego przetoczenia krwi.

Przeszło $1^1/_2$ roku późniéj (d. 16 listopada 1880 r.) wykonałem (Wycięcie itd. Przegl. Lek., 1880, Nr. 50, i *Dt. Zeitschrift f. Chir*, XIV t., 3—4 z. *Verhandl. der Dt. Ges. f. Chir. X Congr.*) drugą operacyję tego rodzaju na chorym $64^3/_4$ lat liczącym, przysposobiwszy się poprzednio ćwiczeniami na trupie i zwierzętach żywych. Mój chory umarł w 12 godzin po operacyi.

Dnia 29 stycznia 1881 r. wykonał Billroth (*Offenes Schreiben an Herrn Dr. L. Wittelshöfer, Wien. med. Wochenschrift, 1881, Nr. 6*; *Wölfler, Ueber die vom Herrn Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus Wien, 1880; Wölfler, Zur Resection des carcinomatösen Pylorus. Wien. med. Wochenschrift, 1882, Nr. 14*) trzecie wycięcie odźwiernika: pierwszy to przypadek, który się szczęśliwie zakończył; chociaż chora (Heller Teresa) niestety wkrótce po wyzdrowieniu umarła na recydywę.

Dwa następne wycięcia, podjęte przez Billrotha, zakończyły się śmiertelnie; czwarte na jego klinice, przez Wölflera wykonane, zakończyło się szczęśliwie i chora jeszcze w rok po operacyi żyła; tak samo piąta chora, przez Billrotha operowana, wyzdrowiała i nie dostała recydywy.

Po Billrocie operowali w raku odźwiernika: Bardenbauer (3 razy), Kitajewsky, Weinlechner, Jurić, Lücke, Czerny, Nicolaysen, Berns, Hahn, Gussenbauer i Langenbeck. Niestety wszystkie te przypadki z wyjątkiem Czernego (*Kuh, Eine Pylorusresection*, Lgbcka Arch., XXVII tom, 4 z.) zakończyły się śmiertelnie.

W ostatnim czasie podjąłem wycięcie odźwiernika (mój drugi przypadek) z powodu zwężenia wywołanego wrzodem okrągłym téj okolicy (Pierwszy przypadek wycięcia odźwiernika we wrzodzie żołądka. Wyzdrowienie. Przegl. Lek., 1881, Nr. 50 i *Berl. klin. Woch.*, 1882, Nr. 3). Chora wyzdrowiała, a po 6 miesiącach mogłem ją czerstwą i dobrze odżywioną przedstawić kolegom zgromadzonym na ostatnim Zjeździe chirurgów w Berlinie. Niedawno badałem chorą tę powtórnie i znalazłem, że zawsze dobrze się miewa i znajduje się w 2giéj połowie ciąży. Jestto pierwszy przypadek wycięcia odźwiernika we wrzodzie żołądka, a zakończył się wyzdrowieniem zupełném.

Drugie wycięcie odźwiernika z powodu wrzodu żołądka wykonał Lauenstein (*Ein unerwartetes Ereigniss nach der Pylorusresection. Centralblatt f. Chir.*, 1882, Nr. 9), wprawdzie mniemając że ma do czynienia z rakiem, a dopiero późniejsze dokładne badanie wykazało, że guz powstał w skutek zlepień i bliznowatych zgrubień. Przypadek Lauensteina zakończył się śmiercią.

Na zakończenie tego historycznego przeglądu dodam, że w końcu r. 1880 Albert (*Lehrbuch der Chirurgie*, 2 wydanie, III tom, str. 379) podjął szereg doświadczeń w mniemaniu że wycięcie części żołądka, o ile możności jak największéj, pewnie powinno zabezpieczyć przed recydywą, a nadto mniéj być niebezpiecznym, niż operacyja Péana. Sposób swój opisuje Albert jak następuje: „*Zwischen zwei Klemmen, der Dupuytrenschen Darmscheere ähnlich, wird der Magen vom Duodenum abgetrennt; der Rest wird wie ein in Klammer gefasster Stiel einer Cyste behandelt; das Duodenum wird in die Wunde ringsum eingenäht; es wird also sein Anfangsstück den Eingang zum Darmcanal bilden*".

Wölfler (*Gastro-Enterotomie, Centralblatt f. Chir.*, 1881, Nr. 45) zaś zalecił utworzenie przetoki żołądkowo-jelitowéj (*Gastro-Enterotomie*) w przypadkach raka odźwiernikowego nienadających się już do wycięcia odźwiernika.

(C. d. n.)

II. Z pracowni dla patologii doświadczalnéj Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. Dra Adamkiewicza.

O zachowaniu się serca wśród dławienia i topienia.

Napisał Dr. W. Pisek,
b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 29).

II.

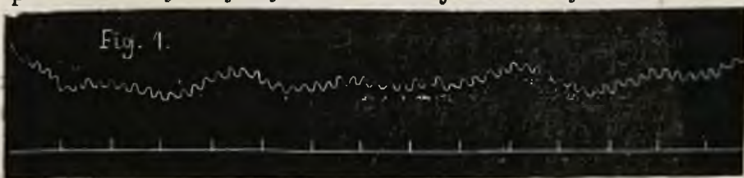
Tętno prawidłowe. — Dławienia powolne i dławienia nagłe. — Objawy wśród tegoż.— Natychmiastowe porażenie ruchów oddechowych — Zachowanie się źrenic.—Obrazy sfigmograficzne.—Oględziny pośmiertne.— Wnioski odnośne.

Aby należycie ocenić różnicę w pojedynczych przypadkach nieodzownêm jest przedstawienie poprzednie stosunków prawidłowych. Rzecz naturalna, że tylko zgodność licznych doświadczeń, tożsamość licznych obrazów sfigmograficznych, otrzymanych wśród tychże samych warunków, uprawnia do przyjęcia pewnego obrazu za typowy, prawidłowym stosunkom odpowiadający.

Z kilkudziesięciu doświadczeń otrzymaliśmy następujące wyniki.

Fig. 1. przedstawia graficznie parcie krwi przy powolnêm płytkiêm oddychaniu. Obrazy tego rodzaju, otrzymywane zazwyczaj w kwadrans po rozpoczęciu doświadczeń i narkozy, przedstawiają dość znaczne wahania, odpowiadające oddechom, nie mniéj i drobne krzywizny tętna są

dość wyraźne. Nadto widoczną jest rzeczą, iż ich liczba, jednemu oddechowi odpowiadająca, nie zawsze jest jednostajną, raz mamy szczytów 9, innym razem 10 lub 8. Wzniesienie pionowe całéj krzywéj nieznaczne tylko okazuje różnice.



Fg. 2. przedstawia parcie krwi przy nieco szybszych ruchach oddechowych jak poprzednio, ilość ich jednak jeszcze w prawidłowych granicach, bo 48 na minutę, jak to w przecięciu było u królików użytych do naszych doświadczeń.

Przebieg krzywych linij jest względnie dość regularnym. Ilość drobnych szczytów na jedném wzniesieniu oddechowém waha się między 6 a 7; wzniesienie pionowe prawie wszędzie jednakie, drobne, zaledwie dostrzegalne różnice śmiało mogą być za przypadkowe uważane.

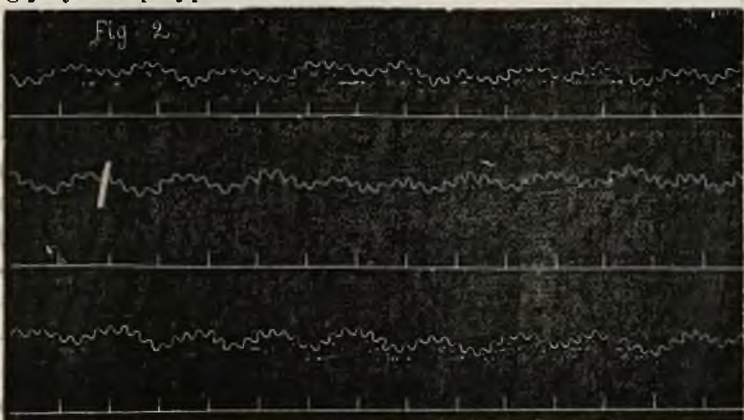
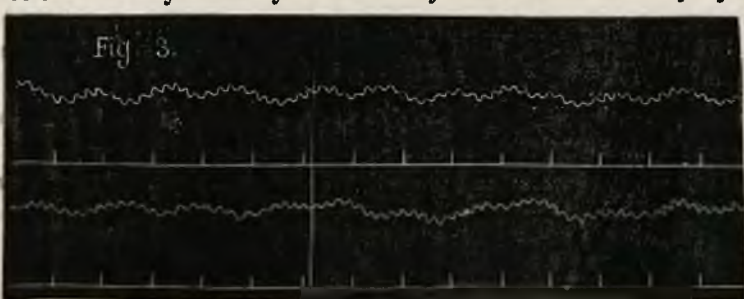


Fig. 3. przedstawia zachowanie się parcia krwi po upływie $^{1}/_{2}$ godziny od rozpoczęcia doświadczenia. Pomiędzy szeregiem obrazów, — z których ten jest wyjęty, — a obrazkiem poprzednim istnieje znaczna różnica, i to w dwojakim kierunku: wzniesienie pionowe krzywizn jest mniejsze i wysokość drobnych szczytów także jest widocznie mniejszą.



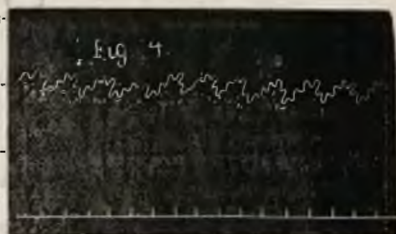
Zwierzę oddycha płytko i ruchy serca, jakkolwiek ilościowo nie zmienione, są znacznie słabsze co do energii.

Umyślnie chciałem się przekonać o wpływie dłuższego eksperymentowania na zwierzęciu na parcie krwi, dla uniknięcia pomyłek na później.

Ponieważ chodzi tylko o wartości względne, a wahania w tymże kierunku należyte dają nam pojęcie o przebiegu zjawiska, dlatego nie siliłem się nigdzie na manometryczne liczbowe oznaczenie wysokości parcia; wysokość czyli wzniesienie pionowéj krzywéj w całości porównana z wysokością krzywéj otrzymanéj wśród odmiennych warunków, wystarcza w zupełności do poznania różnic.

W rysunkach fig. 1. i 3. gdzie zwierzęta oddychały płytko i krzywizna okazuje mniejsze wzniesienie. Przeciętna ich wysokość, tj. prostopadle spuszczona ze szczytu krzywéj na poziomą, uważaną za normalną, wynosi w tych moich doświadczeniach dwa rzadko trzy milimetry; w obrazku znów fig. 2. przedstawiającym oddechy prawidłowe, miernie głębokie, waha się długość téj linii, wzgl. wysokość krzywéj, między czterema a pięcioma milim. Ponieważ to wzniesienie się pionowe tak krzywizny oddechowéj jak i drobnych szczytów „tętna" wyobraża wielkość parcia krwi, przeto różnice w powyższych obrazkach sfigmograficznych wyrażone słowami świadczą, że w pierwszych dwu przypadkach, tj. przy oddechach płytkich, u królików parcie krwi jest mniejszém jak przy oddechach głębokich.

Znając tedy zachowanie się parcia krwi w warunkach zwyczajnych, chciałem się przekonać, na podstawie własnego dochodzenia, jak wpływa na objaw powyższy znaczniejsze zwężenie tchawicy, zamykające mniéj więcéj połowę jéj światła. (Doświadczenia te wykonywane były taśmą). Zwężenie trwało minut 15, a typem obrazów sfigmograficznych odnośnych jest fig. 4 (zmniejszona o połowę).



Na niéj widzimy następujące szczegóły:

1) Krzywizny oddechowe są wyższe;

2) Ilość krzywizn (wzniesień) oddechowych jest większą;

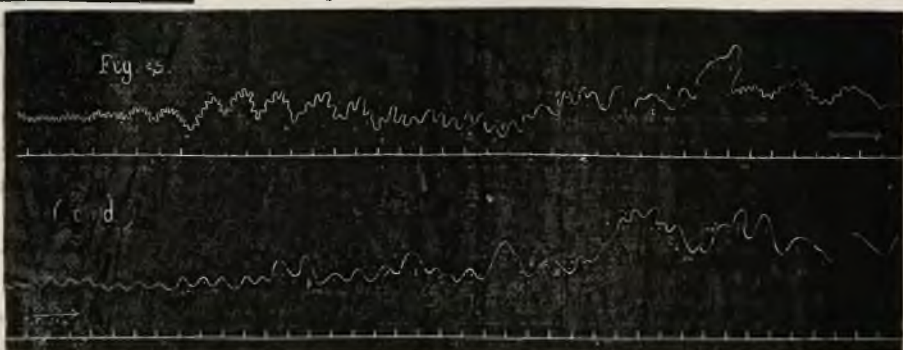
3) Drobne szczyty „tętna" w przeważnéj części niezmienione, gdzieniegdzie tylko są nieco wyraźniejsze, większe, czyli wyrażając powyższe uwagi słowami możemy twierdzić: ilość oddechów, skutkiem zwężenia tchawicy, jest większą, lecz mało co, jednak parcie krwi zwiększa się niestosunkowo znaczniéj, gdyż blizko w trójnasób, (wysokość jednéj krzywizny dochodzi tu do 1 cm. podczas gdy normalna w naszych doświadczeniach zaledwie 3—4 mm. wynosi).

O ile objawy zwężenia tchawicy, ze względu na parcie krwi, różnią się od objawów przy duszeniu powolném występujących, widoczném będzie niżej.

Duszenia powolne zazwyczaj wymagały jednéj minuty czasu aż do zupełnego zamknięcia tchawicy. Chwila rozpoczęcia ściskania tchawicy oznaczona jest na obrazku sfigmograficznym: +.

Wyniki reprezentują obrazki oznaczone fig. 5 (zmniejszona o połowę).

W pierwszéj fazie, pomimo zwężenia tchawicy, istnieje



czas, wprawdzie trwający tylko kilka sekund, gdzie nie widać żadnéj reakcyi w parciu krwi, przez cały następny ciąg doświadczenia i po ustawaniu ruchów serca jeszcze utrzymuje się parcie na znacznéj wysokości.

Sekcyje odbyte tuż po śmierci lub co rzadziéj i późniéj w godzinę zawsze wykazywały lewą połowę serca silnie skurczoną, podczas gdy prawa była wiotką, rozkurczoną.

W chwili rozpoczęcia ściskania tchawicy podwyższa się nieco parcie krwi, prawdopodebnie tylko skutkiem mechanicznego podrażnienia, przy następowém ustawicznie jednostajném ściskaniu tchawicy stają się oddechy nieregularne, kilka głębokich wdechów wyprzedza okres oddechów nader płytkich, bo nawet często na obrazie nieuwidoczniających się. Zupełne zamknięcie tchawicy, przypadające na tę chwilę, nie sprowadza znaczniejszych zaburzeń, aż dopiero po upływie kilku sekund pojawia się kilka oddechów głębokich, będących jak obrazek wskazuje już ostatniemi. Drgawki nie wystąpiły.

Parcie krwi w tych przypadkach przedstawia trzy chwile raptownego wzniesienia się, z których środkowe najwybitniéj się manifestujące, odpowiada kiku głębokim wdechom tuż po zupełném zamknięciu tchawicy. Parcie w ogólności staje się blizko dziesięć razy większém, ruchy serca rzadsze; przy ustaniu ruchów serca parcie w ogólności staje się słabszém (o $^1/_3$ blizko), zawsze wszelako przewyższa kilkakroć normalne. Skurcze serca stają się częstsze, późniéj rzadsze, lecz energiczniejsze wzmagające się przez kilka sekund, gdy parcie najwyższe, a znów po upływie kilku sekund opadając dość nagle ustają wreszcie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

A. Fournier: **De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (Tabes specifique). Leçons cliniques professées à l'hôpital Saint Louis**. Paris. 1882. G. Masson, éditeur. W 8ce, str. 396.

Nader ważna kwestyja stosunku wiądu pacierzowego do kiły w tylu pismach i broszurach w ostatnich czasach poruszana i omawiana doczekała się obecnie w pracy Fourniera obrobienia, które pod każdym względem przynosi chlubę autorowi a lekarzowi daje gruntowną wskazówkę, jakie w téj sprawie zająć ma stanowisko. Dla tego nie od rzeczy będzie zapewne obznajomić Czytelników Przeglądu Lekarskiego z tém najnowszém dziełem znanego już zaszczytnie autora, podając treść jego.

Na wstępie zwraca autor uwagę na ważność kwestyi tak pod względem naukowym jak i praktycznym tém więcéj, iż chodzi o chorobę, któréj leczenie w okresach późniéjszych nader mało jest skuteczne, chorobę przeto, któréj trzeba zapobiegać wszelkiemi siłami.

Autor już w roku 1875 wystąpił publicznie z twierdzeniem, że kiła, zająwszy pewną część rdzenia pacierzowego, skłonną jest do przybrania postaci wiądu pacierzowego. Twierdzenie to poparł F. postrzeżeniami klinicznemi własnemi i cudzemi, spotkał się jednakowoż z wielką opozycyją, skutkiem któréj, nie biorąc całkiem pod uwagę dawnych swych postrzeżeń, postanowił na nowo przystąpić do rozwiązania kwestyi i oprzeć się na zupełnie nowych badaniach klinicznych. Wypadkiem ich jest znów twierdzenie, że ***najczęściéj wiąd pacierzowy jest objawem kiły.***

Lekarze tymczasem podzielili się w téj sprawie na różne obozy, których opinije dają się streścić w czterech następnych zdaniach:

1) Wiąd pacierzowy jest najczęściéj przypadem i skutkiem kiły.

2) Między wiądem pacierzowym a kiłą nie ma żadnego związku patogenetycznego.

3) Kiła, nagabując tylne sznury rdzenia pacierzowego, może wywołać pewne przypady wiądu pacierzowego, lecz nie może być powodem wiądu pacierzowego jako zmiany anatomicznéj w pewnym systemie rdzenia pacierzowego.

4) Kiła może wywołać wiąd pacierzowy pośrednio, tak ak może przyczynić się do powstania niedokrewności, suchót płucnych, ogólnego charłactwa.

Ażeby oświadczyć się za jedném z tych zdań, trzeba wprzód odpowiedzieć na następne pytania:

a) czy kiła poprzedza naprawdę tak często wiąd pacierzowy?

b) w jakiéj formie klinicznéj objawia się wiąd pacierzowy występujący po kile i na czém opiera się uznanie go za objaw kiły?

c) Jaką korzyść odnoszą z leczenia przeciwkiłowego dotknięci wiądem pacierzowym, który mamy prawo przypisywać kile? a nakoniec

d) czy są dostateczne dowody na to, żeby można w pewnych razach odnieść wiąd pacierzowy do kiły, jak skutek do przyczyny.

Co do *a)* przywodzi F. daty statystyczne wielu autorów i własne, porównywa je ze sobą a biorąc średnią z poszukiwań tych lekarzy, którzy na stosunek kiły do wiądu pacierzowego szczególniejszą zwrócili uwagę, jak Vulpian (75%), Gowers (70%), Erb (88%), Quinquaud (100%) i on sam (91%) dochodzi do wniosku, że ***przynajmniéj 80% wszystkich przypadków wiądu pacierzowego poprzedziła kiła,*** co w obec innych przyczyn domniemanych, a przecież nie tak częstych, jak zaziębienia się, nadużycia płciowe, wzruszenia moralne samo przez się nasuwa myśl, że kiła jest właściwą przyczyną wiądu pacierzowego.

Co do *b)*, to zasługują na uwagę następujące okoliczności z doświadczenia wzięte:

1) ***wiąd pacierzowy jest prawie wyłącznie objawem kiły trzeciorzędnéj.*** Z pomiędy 89 przypadków wiądu pacierzowego ani jeden nie rozwinął się podczas kiły drugorzędnéj, a 85 rozwinęło się po trzecim roku choroby;

2) ***wiąd pacierzowy*** poczynać się może w każdym czasie kiły trzeciorzędnéj, poczyna się atoli najczęściéj między 6. a 12. rokiem choroby, t. j. ***w środku okresu trzeciorzędnego kiły***; bywają atoli przypadki, gdzie występuje i w 2gim i po 22. roku od pojawienia się pierwotnéj zmiany kiłowéj.

Pod względem przyczyny sadowienia się kiły w rdzeniu pacierzowym tak iż skutkiem tego powstaje wiąd pacierzowy najczęściéj nie mógł F. wyśledzić żadnego szczególniejszego do tego powodu, z czego wnosi, iż kiła sama przez się bez żadnéj przyczyny osobnéj może nagabywać rdzeń pacierzowy i tym sposobem prowadzić do jego wiądu. W niektórych tylko przypadkach udało się autorowi wykryć okoliczności, które mogły dodatkowo popierać zajęcie rdzenia pacierzowego przez kiłę, a temi były: nadużycia rozmaitego rodzaju, ekscesa płciowe, zbytnie używanie wyskoku, nieregularny tryb życia, osobliwie przy nadmiernem wytężeniu układu nerwowego, dziedziczne usposobienie newropatyczne.

Co do wieku, poczyna się wiąd pacierzowy najczęściéj między 24. a 59. rokiem życia a to w $^2/_3$ przypadków między 24. a 35., w $^1/_3$ między 36. a 59. rokiem.

Pod względem płci miał F. na 103 przypadków u mężczyzn tylko 4 u kobiet, a lubo kiła jest u kobiet rzedszą niż u mężczyzn, to jednak z uwagi, iż według własnéj statystyki autora w Paryżu na 8 do 9 mężczyzn kiłowych przypada jedna kobieta tą chorobą dotknięta, wypada, iż ***wiąd pacierzowy jest u kobiet o wiele rzedszy, niżby to odpowiadało pojawianiu się u nich kiły w ogólności.***

Pod względem rodzaju i stopnia kiły, która poprzedziła wiąd pacierzowy, dochodzi autor po zbadaniu dokładném 84 przypadków do wniosku, że ***wiąd pacierzowy pojawia się bardzo przeważnie w przypadkach poprzedzonych i to kiłą lekką,*** i to lekką tak ze względu na małą ilość przypadów jak i łatwe ustępowanie pod wpływem właściwego leczenia lub nawet bez niego. Okoliczność tę ma, jak już wiadomo, wiąd pacierzowy wspólną z kiłą mózgu a i Gałęzowski uważał większe zboczenia w narządzie wzrokowym przeważnie u ludzi, którzy przebyli lekką formę drugorzędną. Rzecz to, jak łatwo pojąć, nader ważna pod względem rokowania i leczenia, bo ***zabrania spodziewać się spokojnie pomyślnéj zupełnie przyszłości w lekkich przypadkach, jak je nakazuje starannie leczyć właśnie dla tego, że są lekkie w pierwszych okresach.***

Pod względem leczenia przeciwkiłowego u dotkniętych wiądem pacierzowym udało się Fournierowi otrzymać w 79 przypadkach dokładne daty, z których wypada, że w 73 z pomiędzy nich leczenie nie trwało dłużéj nad rok a z tych w 46 znów nie trwało nad 3 do 4 miesięcy, z czego wniosek oczywisty, ***że wiąd pacierzowy kiłowy występuje głównie u ludzi na kiłę niedostatecznie leczonych,*** co swoją drogą napawa otuchą, że pilne i wytrwałe leczenie przypadków lekkich zdoła zapobiedz tak groźnemu w przyszłości niebezpieczeństwu, jakiém jest wiąd pacierzowy.

Ponieważ ***przypady wiądu pacierzowego*** są skutkiem ***nie rodzaju,*** lecz tylko ***usadowienia się zmiany anatomicznéj*** w pewnych częściach rdzenia pacierzowego, rzecz oczywista, iż ***wiąd pacierzowy kiłowy nie może zasadniczo różnić się od wiądu pacierzowego niekiłowego.*** Tak też okazuje doświadczenie. Z przypadów przeto właściwych wiądu pacierzowego nigdy o jego przyczynie sądzić nie można. Ztąd atoli bynajmniéj nie wypada, aby wiąd pacierzowy kiłowy niczém nie rożnił się od wiądu pacierzowego niekiłowego; różnica atoli polega tylko na przypadach, że tak powiemy, dodatkowych, sposobie łączenia się przypadów, ich rozwoju a przedewszystkiém na przyłączaniu się objawów, które w obręb zwykłego wiądu pacierzowego nie wchodzą.

Długi okres czasu, w jakim przebiega wiąd pacierzowy, dzieli się naturalnie na trzy części.

W pierwszéj, którą możemy nazwać okresem przed bezładem ruchów, nie ma jeszcze tych szczególnych przypadów, które wywodzimy z bezładu ruchowego. Okres drugi, bezładu, stanowi okres najwyraźniejszego występowania bezładu, jako przypadu najwybitniejszego, najcięższego i bardzo dokuczliwego.

Okres trzeci jest zakończeniem.

Okres pierwszy czyli okres przed bezładem ruchowym.

Okres pierwszy, przed bezładem, jest najważniejszy, bo jedynie w tym okresie możemy być chorym naprawdę pomocni, gdy późniéj jesteśmy w stanie, co najwięcéj, tylko chwilową przynieść ulgę. Chodzi więc o to, aby chorobę odkryć w samym początku. Dla tego wypada nam zastanowić się gruntownie nad najważniejszemi objawami wiądu pacierzowego kiłowego.

Pamiętać trzeba, że zboczenia czynnościowe trwać mogą długo, nim przyjdzie do bezładu a z drugiéj strony zboczenia tego okresu mogą pozostać same przez całą chorobę tak iż do bezładu nie przychodzi nigdy. Jest to przeto wiąd pacierzowy bez bezładu.

Najgłówniejszém znamieniem wiądu pacierzowego przed bezładem jest jego wielopostaciowość, która sprawia, że, bez przesady mówiąc, nie ma dwóch przypadków zupełnie jednakich i że dopiero dalszy przebieg choroby nadaje przypadkom z początku tak do siebie różnym podobieństwo. Tak np. u jednego rozpoczyna się choroba bólami błyskawicznemi, u drugiego napadami żołądkowemi, u trzeciego porażeniem mięśniów ocznych, u czwartego upośledzeniem bystrości wzroku, u piątego osłabieniem nóg, u innego nakoniec osłabieniem pęcherza moczowego, zmniejszeniem popędu płciowego lub przeciwnie jego podwyższeniem.

Dla łatwiejszego przeglądu można objawy początkowe wiądu pacierzowego kiłowego podzielić na 8 gromad: 1) zboczenia w zakresie czucia w ogólności, 2) zboczenia w innerwacyi ruchowéj mięśniów ocznych, 3) zboczenia w zakresie organów moczopłciowych, 4) zboczenia w ruchach ze zmianą miejsca, 5) zboczenia w zakresie wzroku, 6) napady żołądkowe, 7) przypady krtaniowe, 8) inne przypady rzedsze.

1) ***Zboczenia w zakresie czucia*** są najpospolitszemi objawami rozpoczynającego się wiądu pacierzowego kiłowego a występują w rozmaitych formach. Jedną z nich są ***bóle błyskawiczne*** noszące swe miano dla tego, ponieważ na wzór błyskawicy nagle powstają i nagle również znikają. Bóle błyskawiczne są nieraz bardzo długo, nieraz przez lata całe jedynym objawem choroby. W samych początkach przed bezładem są one zazwyczaj lekkie i występują w rzadkich napadach. Ztąd też bardzo często nie poznają się lekarze na ich znaczeniu klinicznéem uważając je mylnie za newralgije lub reumatyzm, a ponieważ chorzy przeciwko bólom i lekkim i rzadkim nie szukają pomocy lekarskiéj, przeto łatwo pojąć, iż dopiero dokładna anamneza w późniejszych okresach choroby wyświeca, lubo po niewczasie, ich prawdziwe znaczenie. Ztąd słusznie wywodzi F., że bóle błyskawiczne u ludzi kiłowych zasługują na jak największą uwagę ze strony lekarza i uprawniają go do energicznego leczenia przeciwkiłowego, jeżeli ma się zażegnać— o ile można— grożące ze strony wiądu pacierzowego niebezpieczeństwo.

(C. d. n.)

Dr. E. Heller: **Simulation und ihre Behandlung.** Fürstenwald, 1882, w 8ce, str. 180.

Nauka o udawaniu chorób cielesnych i umysłowych, która dawniéj stanowiła jeden z najważniejszych działów medycyny sądowéj, coraz bardziéj traci na znaczeniu, albowiem nie ulega zaprzeczeniu, że częstość udawania pozostaje w odwrotnym stosunku do postępu nauk lekarskich. Im bardziéj udoskonala się badanie, tém mniejszego powodzenia spodziewać się mogą symulanci, i dla tego coraz rzadziéj zdarzają się przypadki udawania. A ponieważ przyjęła się obecnie zasada, że lekarz sądowy powinien walczyć z symulantami tylko taką bronią, jakiéj mu dostarcza umiejętność, i że nie ma prawa stosowania środków nielekarskich, nad-

zwyczajnych, inkwizycyjnych, w celu rozbrojenia przeciwnika, więc dochodzenie symulacyi nie jest niczém inném, jeno ścisłém badaniem lekarskiém, co prawda nieraz wymagającém specyjalnéj znajomości rzeczy (psychijatrycznéj, okulistycznéj, otyjatrycznéj), a tém samém nauka o symulacyi przestała być nauką, i ztąd słusznie nowsi autorowie (jak np. Hofmann) już jéj nie poświęcają działu osobnego w dziełach sądowo-lekarskich. Każdy doświadczony lekarz sądowy przyzna, że w praktyce swojéj bardzo rzadko spotyka się z symulantami, a jeżeli się spotyka, że zwykłe środki badawcze w zupełności wystarczają do rozpoznania zdrowia lub choroby, — że nierównie częściéj ma do czynienia z ludźmi chorymi lub cieleśnie obrażonymi a cierpienie swoje przesadzającymi, aniżeli zdrowymi a chorobę udającymi. Inaczéj się ma rzecz z lekarzami wojskowymi; oni nierównie częściéj mają do czynienia z symulantami, którzy chcąc uwolnić się od służby wojskowéj uciekają się do udawania rozmaitych chorób, a popisowi zwłaszcza spodziewają się powodzenia, ponieważ krótki czas, wyznaczony dla zbadania jednostki, często nie wystarcza do rozpoznania prawdziwego stanu rzeczy. Ztąd się tłumaczy, że w przeciągu dwóch lat ukazały się dwa dzieła, traktujące o symulacyi, a napisane przez lekarzy wojskowych. O pierwszém, napisaném przez rodaka naszego, starszego lekarza sztabowego w armii austryjackiéj Dra Derblicha *(Die simulirten Krankheiten der Wehrpflichtigen.* Wien und Leipzig, Urban und Schwarzenberg, 1880, w 8ce, str. 183), jakkolwiek przedmiot wyczerpującém, nie zdaliśmy sprawy w swoim czasie, ponieważ dziełko to ogranicza się, jak tytuł jego zapowiada, do symulacyi popisowych; drugie, którego autorem jest lekarz wojskowy pruski, a którego tytuł podaliśmy w nagłówku, zakreśliło sobie szersze ramy, bo traktuje o symulacyi w ogólności i jest przeznaczoném nietylko dla lekarzy wojskowych, ale także sądowych i więziennych; dla tego z obowiązku swego choć krótką zdać musimy z niego sprawę.

W ogólności nie mamy autorowi nic ważniejszego do zarzucenia; traktuje on wszystkie możebne choroby, których udawanie według jego doświadczenia się zdarza, ale przeważnie ze stanowiska wojskowo-lekarskiego; po uwagach ogólnych zastanawia się nad chorobami płuc i serca, nad nerwicami i chorobami umysłowemi, następnie przechodzi do chorób ócz i uszu, a w końcu mówi o chorobach przyrządu moczo-płciowego, o przeszkodach ruchowych, o chorobach skórnych, oraz o samookaleczeniu się; wszędzie, przyznać musimy tak pod względem rozpoznawczym, jakotéż środków służących do wykazania symulacyi, stoi na wysokości nauki i jakkolwiek, właśnie jako lekarz wójskowy, widzi może za czarno—tak przynajmniéj zdaje się lekarzowi sądowemu, — to przecież nigdzie nie zachwala stósowania środków nielekarskich, co jako zasługę policzyć mu musimy. Liczna i ciekawa kazuistyka (54 przypadki) jest nie małą zaletą książki.

W szczególności jednak nie zawsze moglibyśmy się zgodzić z autorem. Tak np. epilepsyję psychiczną nazywa „wynalazkiem,“ daléj twierdzi, że „bez utraty samowiedzy i bez kurczów nie ma epilepsyi,“ obłąkanie moralne nazywa chorobą „rzekomą“ itd.; są to zapatrywania niekoniecznie licujące z doświadczeniem większości lekarzy.

Pomimo nielicznych usterków takich i pomimo nader licznych błędów drukarskich dziełko, o którém mowa, jest polecenia godném; nie możemy jednak pominąć milczeniem, że pod jednym względem autor niekorzystne robi wrażenie. Dostarcza on niestety dowodu, że „Bartek Zwycięzca z Pognębina“ nie był utworem fantastycznym, lecz z życia wziętym. Polacy służący w armii pruskiéj umieją wprawdzie zdobywać armaty, ale zdaniem naszego Prusaka należą do rasy pośledniejszéj a dlatego o „rekrutach narodowości pol skiéj“ opowiada rzeczy niestworzone. I tak symulanci narodowości polskiéj okazują według niego rzadką szczególnotkliwość w obec wody zimnéj (?) i dlatego ranne obmywania wodą zimną mają dla nich być prawdziwym postrachem. Żołnierz Polak tłumaczący rodakom swoim nowozaciężnym rotę przysięgi, do ustępu, grożącego rozstrzelaniem *ex propria diligentia* dodaje: „i leżeć musi na drodze jak pies zdechły.“ Rekrut „narodowości polskiéj“ autora przypomina nam owego Germana, poległego w boju z Rzymianami, na którym Galen po raz może pierwszy wykonał sekcyję, a którym się kilkakrotnie popisuje; ani autor nasz nie pomyślał o tém, że nie rozumiejąc mowy biednego rekruta „narodowości polskiéj“ nie może się z nim porozumieć, jak z rekrutami narodowości germańskiéj, a gdyby wycieczki jego miały służyć jako dowód, że rekruci polscy nie bardzo się zachwycają służbą w armii pruskiéj, to odesłać go musimy do innego faktu, sprawdzonego przez lekarza niemieckiego, że zwiększająca się częstość samobójstwa w Prusiech, a głównie w Berlinie, pozostaje w związku z powszechną służbą wojskową, zkąd zaczerpnąć może dowód, że i rekruci niemieccy także nie czują się szczęśliwymi w przymusowym swoim zawodzie.

L. Blumenstok.

IV. Zjazd II Lekarzy i Przyrodników czeskich w Pradze.

XI.

d) Podsekcyja medycyny teoretycznéj. Posiedzenie d. 28 maja. Przewodniczący Dr. Chudoba.

Dr. Ehrmann. Na podstawie preparatów zabarwionych chlorkiem złota, oraz na podstawie spostrzegania żywego utkania, prelegent doszedł do następujących wniosków, opartych na doświadczalnych badaniach: 1) tkanka łączna jest histologiczną i morfologiczną jednostką, 2) protoplazma spływa się i rozpływa się, oraz ulega prądom wewnętrznym, 3) zmiana barwy protoplazmy, w barwnych komórkach zależy od tych wewnętrznych prądów.

Dr. Drozda: O chorobowych zboczeniach mowy. Prelegent podał zakres pojęcia „mowy“, i wskazał na jéj niezmierne znaczenie dla człowieka, gdyż mowie to zawdzięczamy szybki rozwój i dojrzałość duchową. Ażeby mowa mogła być wiernym tłumaczem naszych duchowych czynności, należy się ażeby przedstawiała właściwy zakres rzeczy, i ażeby posłużyć się mogła dobrze określającym wyrazem. Chorobowe zboczenia mowy przedstawiają się dwojako: jako wady biegu myśli naszych *(logopathia, dyslogia)*, i jako zboczenia wyrażenia tych myśli (*lalopathia*); prelegent wytknął sobie cel pomówienia o téj drugiéj kategoryi. Mowa uzasadnia się na dykcyi i artykulacyi: dykcyja jest wynikiem nader skomplikowanego współudziału czynności zmysłowo-umysłowych, artykulacyja jest prostą czynnością układu ruchowego. Wady dotyczące wyrażania się (*lalopathia*) należy podzielić na zboczenia dykcyi (*dysphasia*) i zboczenia artykulacyi (*dysarthria*). Znamy cały szereg zboczeń dykcyi, jak mowa leniwa (*bradyphasia*), gadatliwość (*tumultus sermonis*), wreszcie liczne formy bezmówności (*aphasia atactica, amnestica, paraphasia, agramatismus* itd.). W dalszym

toku prelegent mówi o zboczeniach artykulacyi mowy (*dysarthria*), które dzieli na *a*) dyslaliję, t. j. zboczenie artykulacyi w skutek wad bądź wrodzonych, bądź nabytych narządu głosu i obwodowego czucia ruchowego, i na *b*) zboczenie artykulacyi ośrodkowe, polegające na uszkodzeniu włókien przewodnich mózgu, na zmianach miąższowych w rdzeniu przedłużonym. Znamy następujące zmiany artykulacyi: alfabetowe i zgłoskowe; do pierwszych należą: momotanie (*Stammeln*), bełkotanie (*Lallen*); do drugich: jąkanie (*Stottern*), zacinanie (z przepuszczaniem zgłosek) (*Silbenstolpern*). Prelegent mówi o każdéj z osobna formie zboczeń artykulacyi, zastanawia się nad ich patogenezą, a kończy zajmujący wykład uwagami nad głuchoniemotą.

Dr. Czarda demonstruje przy pomocy drążkowego przyrządu i fonometru własnego pomysłu: *a*) linije krzywe w cierpieniach chrząstek trąbki Eustachijusza; *b*) linije krzywe prawidłowe, oraz chorobowe: przy obrzękach nosa i przebiciu podniebienia. Prelegent dochodzi do następujących wniosków: podniebienie miękkie ma główny wpływ na tworzenie się i czystość dźwięku samogłosek; głos nosowy nie powstaje przy zaciśnieniu nosa, lecz przy nazbyt przestronnéj próżni nosowéj, przy niedomykalności klapy podniebieniowéj, przy przedziurawieniach podniebienia twardego i miękkiego. Przy zbytecznéj przestronności jamy nosowo-gardzielowéj możebném jest wymówienie nosem samogłosek, oraz *h* i *ch*, napełniając usta wodą.

Dr. J. Thomayer: Wrzód gruźliczy języka. Prelegent dłużéj zastanawia się nad częścią histologiczną przedmiotu swego odczytu. Literatura kliniczna wrzodu gruźliczego języka jest dosyć obfitą, natomiast badania histologiczne są nader skąpe; z obszerniejszych prac przytacza prelegent rozprawę Nedopila, który utrzymuje, że gruzełek tworzy się dzieleniem komórek, a włókno stanowi podścielisko. Prelegent demonstruje preparaty, wskazuje na nadzwyczaj drobne ogniska gruzełków wśród zachowanych włókien mięśniowych; preparaty te nie potwierdziły wyników badań Nedopila; zwraca prelegent uwagę jeszcze na tę okoliczność, że stwierdził w obydwóch swoich przypadkach bujanie śródbłonka w naczyniach. Łożyska gruźlicze, chociażby gruzełki były nader małe, znajdują się głęboko pod wrzodem, makroskopijnie 1cm. pod powierzchnią; jest to cenna wskazówka dla terapii, gdyż staje się faktem niewątpliwym, że wszelkie przyżegania muszą pozostać bez skutku. Th. w jednym przypadku przyżegał wrzód gruźliczy chlorkiem cynku; po odpadnięciu strupa pokazał się na ziarninowéj powierzchni gruzełek, który z biegiem czasu rozpadł się. Prelegent wnioskuje, że stosowanie żegadła w leczeniu wrzodu gruźliczego języka jest nieusprawiedliwioném.

Dr. Hláva: O nowym czynniku etyjologicznym zwapnienia płuc. Wiadomo, że obce ciała dostają się do płuc dwoma drogami: bądź drogą prostą przez oskrzela, bądź téż z obwodu zanoszą je do płuc naczynia. Jest jednak trzeci sposób, mianowicie naczynia płucne same mogą ulegać schorzeniu i następowemu zwapnieniu; przypadek taki spostrzegał prelegent u 49-letniéj kobiety, która chorowała na przepuklinę lewostronną i rozedmę płuc; szczyt prawego płuca téj choréj był zwapniały, mikroskop wykazał zwykłą rozedmę i zwapnienie naczyń, mianowicie małych końcowych gałązek tętnicy płucnéj, i początkowych żyły płucnéj. H. jest przekonany, że rozedma jest przyczyną zwapnienia naczyń, że wywołuje ona początkowo zwyrodnienie ścian naczyń, a następnie ich zanik. Znacznych rozmiarów przepuklina, zawierająca w swym worku trzewia, tak że żołądek dotykał wewnętrznego otworu worka przepuklinowego, miała również wpływ na zwapnienie, wywołując skutkiem znacznéj dyslokacyi narządów trawienia zmiany w krążeniu mlecza (*chylus*). Prelegent objaśnił swój odczyt odnoszącemi się do przedmiotu preparatami. Dr. Hlava w dalszym ciągu mówił o etyjologii wrzodów dwunastnicy, gdyż obecnie popłatne teoryje nie są w stanie wyjaśnić przyczyny powstawania téj choroby. H. sądzi, że wrzody dwunastnicy są przyrody zapalno-grzybkowéj, a opiera swoje mniemanie na spostrzeganiu jednego przypadku, który opisał i objaśnił preparatami.

Dr. H. Krasiński. O udziale Czechów w rozwoju oświaty i nauki lekarskiéj w dawnéj Polsce. Prelegent rozpoczął odczyt od czasów pierwszego zetknięcia się Polaków i Czechów w X stóleciu, i przeszedł przez następne wieki do dni naszych, uwydatniając imiona czeskich uczonych, którzy w szkołach polskich nauczali i do szerzenia postępu w bratnim narodzie przyczynili się. Odczyt ten nie nadaje się do streszczenia. Prelegent rozdał go w formie ozdobnéj broszury Zgromadzonym.

Dr. Chodunský mówił o wielkim lekarzu polskim XVI wieku, Wojciechu Oczko, przy czém uczynił krótki zarys literatury lekarskiéj w dawnéj Polsce, za czasów złotego wieku Zygmunta Augusta.

Dr. Chudoba. O zakończeniu nerwu węchowego. Prelegent twierdzi, że błona śluzowa nosa ma dwuwarstwowy przybłonek, i rozróżnia w nim trzy rodzaje komórek: *a*) rosochate, mające jądra i jąderka jednorodne, stanowiące utkanie podporne; *b*) drugie mają również jednorodne jądra i jąderka; osłonka ich powleka jądro i wydłuża się w górę ku wolnemu końcowi, tworząc liczne migawki, ku dołowi zaś zbiega włókienkiem ku komórce będącej już w tkance łącznej; trzecie komórki są właściwie przybłonkowe, osłonki obejmują jądro małe, ziarniste; na swéj powierzchni mają migawki, ku dołowi zwężają się i widelcowato kończą się w komórkach drugiéj warstwy. Prelegent mniema, że zakończenie nerwu węchowego ma miejsce w warstwie drugiéj komórek przybłonka.

Dr. Mayzel mówił o dzieleniu się komórek, a zajmujący swój wykład poparł pięknemi preparatami mikroskopijnemi.

Dr. Steffal. O rozworach dla aorty i gardzieli w przeponie. Średnia para nóżek lędźwiowych przepony nie tworzy rodzaju zwieracza dla aorty, jak to przypuszczał Hyrtl w swojéj Anatomii opisowéj, przeciwnie brzeg przepony, jak to słusznie twierdzi Henle, jest rozszérzaczem dla rozworu aorty. Rzecz się ma inaczéj z rozworem gardzielowym, gdzie istnienie zwieracza jest powszechnie uznaném. Badanie przepony doprowadziło prelegenta do wyników, które podał Henle; z swej strony S. uzupełnia opis Henlego osobistemi uwagami, mianowicie że włókna mięśniowe odchodzą od rozworu dla aorty równolegle do tylnéj warstwy trzywarstwowego środka przepony; większa część włókien mięśniowych, przybierając kierunek krzyżujący się, tworzy most między rozworami dla aorty i gardzieli. Obszerne sprawozdanie z téj pracy ma umieścić Časopis č. l.

Dr. Steffal jednocześnie demostrował czaszkę, którą przyniósł Dr. Šorejs; na czaszce téj znajduje się zagłębienie $1\frac{1}{2}$ cm. głębokie a 2 cm. szérokie; przez całych

lat 12 chory nie ulegał żadnym zaburzeniom w sferze mózgowéj. W ostatnich czasach w miejsce przedniego ciemiączka ugodził kamień z wysokości 12 sążni, i nagłą śmierć spowodował. *Dr. A. Kwaśnicki.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Otrzymaliśmy list następujący:

W sprawie szczepienia ospy. Na mocy rozporządzenia c. k. Namiestnictwa z dnia 11 kwietnia 1876 r. l. 16,727 i 18 marca 1877 r. l. 14,377 przyznano lekarzowi za szczepienie ospy dyjety jednodniowe jeżeli:

a) niepodejmując żadnéj podróży zaszczepi, zrewiduje lub zrewakcynuje 60 osób;

b) podejmując podróż,

	w odległości 1— 4	kilometr. zaszczepi itd.	40 osób
c) nad	4— 7,5	„ „ „	30 „
d)	7,5—11,5	„ „ „	25 „
e)	11,5—15	„ „ „	20 „
f) ponad	15 —19	„ „ „	15 „
g)	19 —25	„ „ „	10 „
h)	25 —35	„ „ „	5 „

i) odbędzie podróż w odległości ponad 35—40 kilometrów.

W miarę większéj liczby szczepionych lub zrewidowanych służy lekarzowi prawo porachowania podług powyższéj normy należytości za 2, 3 i więcéj-dniową dyjetę bez względu na czas w jakim szczepienia lub rewizyi dokonał; jednak zawsze tylko w stosunku do oddalenia i ilości dzieci szczepionych lub zrewidowanych.

Na rozporządzenie powyższe zgodzili się wszyscy koledzy, jako odpowiedne i słuszne. Po przeprowadzeniu szczepienia ospy i nadesłaniu rachunków do c. k. Starostwa w Krośnie otrzymałem temi dniami następujące uwiadomienie: „Reskryptem z d. 30 marca rb. l. 17,529 Wys. c. k. Namiestnictwo zarządziło, aby odtąd w rachunkach za szczepienie liczyć należytości dyjet jedynie stosownie do ilości szczepionych, zrewakcynowanych lub rewidowanych osób, a to wedle normy podanéj tutejszym okólnikiem z dnia 11 kwietnia 1876 r. l. 16,727 za 60 osób szczepionych dyjeta jednodniowa, bez uwzględnienia stosunku wypadającego z odległości, gdyż dotyczącą podróż odbywa się nie wyłącznie w celu szczepienia ale szczepią na miejscu przy sposobności. Milowe należy liczyć za dojazd w rachunku za leczenie, za powrót zaś w rachunku za szczepienie, ze stosowną uwagą w obu rachunkach. Rachunki w odmienny sposób sporządzone będą do przerobienia zwracane. O czém Pana w celu zastosowania się w danych razach zawładamiam.

Krosno, dnia 14 maja 1882 r.

Kierownik c. k. Starostwa.
Romer, m. p.

Pytam szan. Kolegów, co rozumieć należy przez wyrażenie „przy sposobności“? Mając 20 wsi górskich rozległych do szczepienia, gdzie naród prawie zupełnie nie wzywa pomocy lekarskiéj, z powodu ciemnoty jako téż nędzy, jakim sposobem można dzieci przy sposobności zaszczepić, zrewidować i zebrać limfę do dalszego szczepienia? Wprawdzie zdarza się w niektórych wsiach od czasu do czasu czynność sądowo-lekarska, lecz nie mogąc poprzednio naczelnika gminy uwiadomić o czasie szczepienia, nie mając także dzięki systemowi oszczędności rządu wynagrodzenia za konie, jest rzeczą niemożliwą i w tym razie szczepić „przy sposobności“. Pytam się wreszcie szan. kolegów, w jaki sposób szczepiąc „przy sposobności“, zdołam limfę zebrać, aby szczepienie było w toku. Co do słów „Milowe należy liczyć . . . . aż do w obu rachunkach“, przyznać się muszę, że mi zupełnie są niezrozumiałe. *Dr. Karol Reiss.*
Lekarz miejski i sądowy.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 23—29 lipca umarło w Krakowie wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 28,2 (32,8 z. t.). Z płonicy umarło 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z czerwonki 1 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku płonicy, 1 krztuśca, 1 duru osutkowego, 7 czerwonki. W tygodniu od 16 do 22 lipca umarło z ospy w Wiedniu 16, w Budapeszcie 11, w Pradze 4, w Paryżu 15, w Petersburgu 15, w Warszawie (od 2 do 8 lipca) 29. W czerwcu pojawiała się ospa w Rzymie, Barcelonie, Lizbonie i Madrycie. Złagodniała ospa w połowie czerwca w Chicago i Cincinnato. Z duru osutkowego umarło w Budapeszcie i w Warszawie po 2, w Amsterdamie, Petersburgu, Maladze, Murcyi i Saragosie po 1. Kilka przypadków śmierci zaszło także w Lizbonie około połowy czerwca.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 16—22 lipca umarło wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 32,8; we Lwowie 34,8; w Poznaniu 39,4; w Wiedniu 27,0; w Budapeszcie 35,7; w Pradze 30,6; w Tryjeście 29,5; w Berlinie 42,1; w Wrocławiu 46,0; w Gdańsku 31,1; w Królewcu 44,0; w Mnichowie 32,8; w Dreźnie 30,0; w Lipsku 24,7, w Bazylei 14,7; w Brukseli 19,5; w Amsterdamie 23,7; w Paryżu 22,9; w Kopenhadze 25,0; w Stokholmie 18,8; w Chrystyjanii 21,7; w Petersburgu 31,8; w Odesie 40,9, w Rzymie 24,4, w Bukareszcie 27,0; w Madrycie 46,0 w Lizbonie 35,4; w Nowym Yorku 25,5; w Filadelfii 19,6; w Bombaju 20,7. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 10 sierpnia. Zakres zbawiennéj opieki, którą społeczeństwo ucywilizowanych narodów otacza ubogich i maluczkich, z dniem każdym rozszerza swe dobroczynne koło. Staraniem i ofiarnością filantropów stanęły szpitale dzieci we wszystkich większych miastach Europy; spostrzeżenia szpitalne doprowadziły jednak do smutnego przeświadczenia, że większa połowa dzieci, szukających pomocy w szpitalach, cierpi na zboczenia odżywcze; że zołzy, krzywica i zakażenie zimnicze są istotnym powodem wysokiego odsetka śmiertelności dzieci w szpitalach. Usiłowania więc ludzi dobroczynnych, w czém im wiele pomagają rządy dobrze rozumiejące swój interes, postąpiły daléj, Włochy, Francyja, Anglija potworzyły szpitale i kolonije nadmorskie, mniéj mający morza Niemcy, kolonije wakacyjne w górach. W naszym kraju Warszawa pierwsza wprowadziła w czyn kolonije letnie; w Nrze 32 *Medycyny* czytamy nadzwyczaj pocieszającą wzmiankę o powrocie dziewczynek z 4-tygodniowego pobytu w Nowo Mińsku; rezultat pod względem zdrowia wypadł nadspodziewanie dobrze; po zważeniu okazało się, że na wadze wszystkie zyskały po kilka i kilkanaście funtów. Podczas pobytu w kolonii stan dzieci był doskonały, o czém świadczą czerstwe ich policzki. Na tak dobry wynik złożyły się: odpowiedni wybór miejsca, zdrowe i obfite pożywienie, a wreszcie poruczenie kolonii dobrym, swe powołanie rozumiejącym nauczycielom i nauczycielkom. Kraków i Lwów posiadają ludzi, dzierżących szlachetny przywilej opiekowania się choremi dziećmi; ich zabiegom Galicyja zawdzięcza szpitale: św. Ludwika i św. Zofii. Przed 2ma laty Komisyja balneologiczna wystosowała memoryjał do Towarzystwa opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie w sprawie założenia takich kolonij: w Rabce lub Wieliczce dla Galicyi zachodniéj, w Iwoniczu lub Rymanowie dla wschodniéj. Zajęte w on czas myślą budowy pawilonu chorób zakaźnych, Towarz. opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie odpowiedziało Komisyi baln., że po ukończeniu pawilonu, postawi na porządku dalszego swego rozwoju sprawę filij szpitala letniego w Rabce lub Wieliczce. Gdy więc od początku rb. pawilon chorób zakaźnych już jest oddany na użytek chorych, wolno nam cieszyć się nadzieją, że znane z swéj gorliwości Towarzystwo opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie, wprowadzi w życie instytucyję kolonij letnich (czy téż filij szpitala dla skrofulicznych), mającą niezmierne znaczenie w sprawie odrodzenia się zastraszająco upadającego na zdrowiu społeczeństwa naszego.

* **Lwów** 8 sierpnia. D. 6 b. m. obchodził Dr. Grzegórz Ziembicki, 50 letni jubileusz otrzymania stopnia doktora medycyny. W uroczystości téj wzięli udział weterani z r. 1831, jako towarzysze broni, do pocztu których należy jubilat, a prócz tego bardzo liczny zastęp lekarzy lwowskich z Drem Hoszardem na czele, oraz delegaci aptekarzy lwowskich pp. Kochanowski i Piepes. Po odczytaniu adresu przemówił Dr. Hoszard krótko i serdecznie w imieniu kolegów, a po nim zabierali głos obaj delegaci w imieniu aptekarzy, którzy również za pośrednictwem delegatów wręczyli adres jubilatowi. Jubilat urodził się w Samborze r. 1806. Ojciec jego był prezesem miasta Przemyśla. Służył po ukończeniu nauk w wojsku polskiém w Warszawie, poczém wrócił do studyjów medycznych, a ukończywszy je

w Wiedniu, zaciągnął się w szeregi walczące w r. 1831, pełniąc obowiązki lekarza. Następnie wrócił do Wiednia dla otrzymania stopnia doktora (1832), poczém osiedlił się w Przemyślu, gdzie w r. 1848 sformował gwardyję narodową; w r. 1855 przeniósł się do Lwowa, w r. 1861 został wybrany posłem na sejm krajowy z Przemyśla. Jubilat należał i należy do najwziętszych lekarzy.

W Krynicy do 1 sierpnia bawiło osób 2584.

W Cieplicach czeskich do d. 1 sierpnia bawiło gości kąpielowych 7.670.

* W czerwcowym zeszycie *Anal. d'hyg.* czytamy, że Dr. Ladame w Szwajcaryi miał zadanie odpowiedzenia na pytanie czy możebném jest zgwałcenie osoby zahypnotyzmowanéj? Piąty to już przypadek w historyi sądowéj medycyny: pierwszy w Marsylii w r. 1858, drugi w Tulonie w r. 1865, trzeci i czwarty w Paryżu; znawcy użyci w powyższych przypadkach (Coste, Tardieu, Devergie, Brouardel) orzekli, że zgwałcenie osoby zahypnotyzmowanéj jest możebne. Dr. Ladame uznał również, że możność zgwałcenia jest i w tym przypadku uzasadnioną, ale nie orzekł ażeby przez to zgwałcenie było udowodnioném i dla tego Sąd oskarżonego uwolnił.

* Goniec urzędowy w Petersburgu ogłasza prawo ograniczające używanie dzieci do roboty w fabrykach. Umyślnie w tym celu wyznaczeni inspektorowie mają czuwać nad wykonaniem tego przepisu.

* W pierwszych 10 miesiącach 1881 r. umarło z nałogowego opilstwa we Włoszech osób 304, na 184.000 wszystkich przypadków śmierci, co wynosi 1,65%. Największy odsetek przypada na Wenecyję i Pijemont.

* **Wiedeń.** Z d. 1 września rb. wchodzi w życie za zezwoleniem Ministerstwa oświecenia Zakład operacyjny położniczy w Wydziale lekarskim Uniw. wiedeńskiego. Zakład pozostawać będzie pod kierownictwem 3 profesorów położnictwa; przyjętym może być każdy doktor w. n. lek., pochodzący z krajów reprezentowanych w Radzie Państwa; kurs trwać będzie 6 miesięcy, pierwszy od 1 września do ostatniego lutego, a drugi od 1 marca do ostatniego sierpnia; w każdym kursie przyjętych będzie 9 doktorów, po 3 w każdéj klinice. Kandydaci winni się zgłosić do Dziekana Wydziału, o przyjęciu stanowi grono profesorów z przeważném uwzględnieniem lekarzy szpitalnych. Uczęszczający na kurs mają prawo asystowania przy operacyjach a nawet uskuteczniania operacyj *in vivo* pod kierunkiem profesorów lub ich zastępców; po ukończeniu kursu mogą żądać świadectwa z odbytego kursu.

Prymaryjuszem w szpitalu na Wiedeniu mianowany został Dr. Lütkemüller.

Znany księgarz i nakładca Braumüller mianowany został honorowym doktorem medycyny Wydziału lek. w Würzburgu.

Dr. Hebetanz urządza w Volksgarten we Wiedniu zakład kuracyi winogronowéj, który będzie otwarty od połowy sierpnia do połowy października.

* **Paryż.** Rada miejska przyznaczyła plac i 4500 fr. dla wystawienia pomnika ojcowi nowoczesnéj psychijatryi Pinelowi. Pomnik ma stanąć przed krużgankiem Salpetrière.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Klausenburg.** Dr. Leon Davida mianowany został zwyczajnym profesorem anatomii opisowéj i topograficznéj.—**Berlin.** W skutek nieprzyjęcia przez Volkmanna katedry opróżnionéj po ustąpieniu Langenbecka Wydział przedstawił trzech innych kandydatów a mianowicie: Königa, Bergmanna i Czernego. Z tych kandydatów ministeryjum obrało Bergmanna, mianowanego niedawno jeneralnym lekarzem *à la suite*. Prof. Bergmann liczy lat 50, urodził się w Inflantach, gdzie jego ojciec był lekarzem; w roku przeszłym dopiero powołany został z Dorpatu do Würzburga. — **Fryburg.** Prof. nadzw. Dr. Röhrig, lekarz zdrojowy w Kissingen, dawniéj w Kreuznach, zmuszony był zrzec się profesury z powodu oskarżenia go przez lekarzy zdrojowych w Kreuznach o postępowanie ubliżające godności lekarskiéj. — **Wrocław.** Dziekanem Wydziału lekarskiego na przyszły rok szkolny wybrano prof. Biermera.

* **Mianowania i odznaczenia.** Docent prywatny Dr. Stoffela we Wiedniu, używający dotąd tytułu profesora nadzw. mianowany został profesorem nadzw. patologii i terapii lekarskiéj w Wydziale lek. we Wiedniu.

* **Wiadomości osobowe.** Dr. Jagiełło Demczyński lekarz w 2 pułku piechoty mianowany został lekarzem starszym w 51 pułku piechoty.

* **Nekrologija.** *Nowoje Wremja* donosi o śmierci rzeczywistego tajnego radcy Dra Gaurowitza, który wydał kilka prac lekarskich po niemiecku.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 31: Sokołowskiego: Przypadek raka wątroby z niezwykle szybkim przebiegiem. — W *Medycynie* Nr. 31: Boryssowicza: Z kazuistyki sądowolekarskiéj. (C. d.)

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. P. we Lwowie: Zastósowaliśmy się do wskazówek podanych w ostatnim liście kolegi. — **Dr. G. W. w Hadiaczu:** Nr. 6 Dziennika Zjazdu był w swoim czasie wysłany; ponieważ nie doszedł wysełamy powtórnie.

Do Nru dzisiejszego dołącza się Skład Towarzystwa lek. krak. w dniu 31 grudnia r. 1881.

W zastępstwie redaktora **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 19 sierpnia 1882. **№ 33.** Rok XXI.

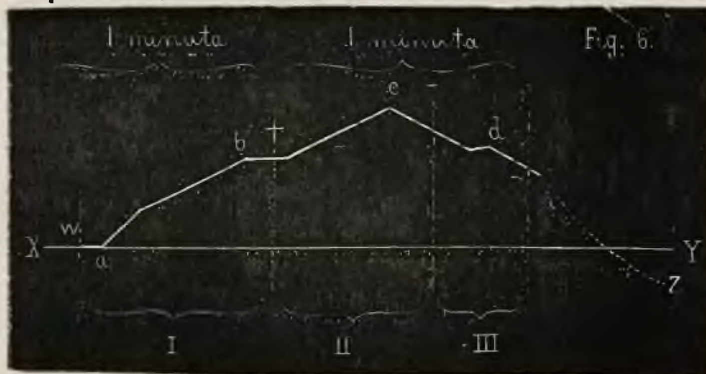
I. Z pracowni dla patologii doświadczalnéj Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. Dra Adamkiewicza.

O zachowaniu się serca wśród dławienia i topienia.

Napisał Dr. W. Pisek,
b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33.)

Fig. 6 uzmysławia **zmiany parcia krwi przy duszeniu powolném**, dające się ugrupować w cztery okresy:



Okres pierwszy od poczynającego zwężenia przy **w** aż do zupełnego zamknięcia tchawicy przy +, okres drugi zakończony ustawaniem usiłowań oddechów, trzeci ustawaniem tętna i końcowy, niejako czwarty, właściwie „pośmiertny.“ Linija *a, b, c, d,* uzmysławia wahania i przebieg parcia, gdy się uwzględni jéj wzniesienie się nad poziom (norm.) *x y*.

Przechodzę teraz do „dławienia nagłego.“

Ze względu na ważność pytania, zastanowię się nieco dłużéj nad objawami, które występowały wśród doświadczenia, a które, jak sądzę, zawierają nie jeden szczegół, na który dotąd mniéj zwracano uwagi. W pierwszych kilku sekundach prawie żadnéj nie ma reakcyi, po kilku sekundach naraz pojawiają się głębokie silne wdechowe ruchy, a na łukach żebrowych, nozdrzach uwidocznia się silna, nadmierna akcyja. Drgawki teraz występujące polegają na silnych klonicznych kurczach mięśni grzbietowych, trwają 4—5—7 sekund i przechodzą nieraz w silny *opistothonos.* Na odnogach występują drgawki rzadko i słabo. Wreszcie znikają ruchy klatki piersiowéj, brzuch i klatka piersiowa zapadają się, bicie serca jeszcze wyczuwalne; po kilku lub kilkunastu sekundach, zjawia się 2—3 ruchów wdechowych słabych, w odstępach czasu od 2—4 sekund; ruchy, które nieraz tylko do ruchów pionowych, względnie poziomych, tchawicy i połyku się ograniczały. W niektórych przypadkach zauważyliśmy tuż po zamknięciu tchawicy zupełne porażenie ruchów oddechowych. Warunki doświadczenia były zupełnie te same. Przypadki te przypominają doświadczenia Goltza co do serca żab.

Zachowanie się źrenic przedstawiało się według naszych doświadczeń nieco odmienniéj jak dotychczas podawano. Wielkość źrenicy nie była ustawicznie zmieniającą się, tj. raz szerszą drugi raz węższą, można było natomiast stwierdzić źrenicę od początku aż do śmierci rozszerzającą się. W ostatnich chwilach życia znaczniéj się rozszerzała jak z początku, w pierwszych zaś sekundach po zamknięciu tchawicy wcale zmienioną co do wielkości nie była.

Co do drgawek nadmienić wypada, że w dość licznych przypadkach wcale takowe się nie pojawiały, w innych zaledwie ślad tychże był widocznym.

I owe powierzchowne ruchy oddechowe, pojawiające się po zupełném ustaniu oddechów, w kilkanaście sekund również nie zawsze mogły być stwierdzone.

Jeszcze słów kilka o zachowaniu się krwi, którą śledzić można było w rurce szklanéj (kaniuli) utkwionéj w tętnicy, a połączonéj z manometrem przez rurkę kauczukową. Krew dopiero po 2—3 sekundach, od rozpoczęcia dławienia, stawała się nieco ciemniejszą, a w następnych 4—5 sekundach, raptownie coraz bardziéj ciemniejąc, wydawała się po 8 lub 10 sekundach, od początka licząc, prawie smołowego

wejrzenia. Gdy wtedy, a zatém po 10-minutowém mniéj więcéj trwaniu dławienia, usunąłem przeszkodę w oddychaniu, przez zdjęcie taśmy z tchawicy, stawała się krew popowoli jaśniejszą. Zmiana ta odbywała się daleko wolniéj aniżeli poprzednie, gdyż dopiero po upływie całéj minuty krew odzyskała swą pierwotną barwę. Ruchy oddechowe zaś wracały już w 5—6 sekund po usunięciu przeszkody, z początku w postaci nader płytkich i powierzchownych oddechów, poprzegradzanych dość znacznemi odstępami czasu, w końcu przechodzących w oddechy o torze prawidłowym.

W kilku przypadkach zauważono na rzęskowych brzegach powiek, pojawianie się drobnych ciemno-czerwonych wynaczynień, powstałych już to wśród dławienia lub po témże.

Oględziny pośmiertne były wykonywane zazwyczaj w kilka minut po ustaniu ruchów serca. Ważniejsze szczegóły, które we wszystkich przypadkach napotykałem, są następujące:

Źrenice szerokie, kształtne, obustronnie rozszerzone w tym samym stopniu. Na spojówce gałkowéj, na brzegach rzęskowych powiek w 2 przypadkach drobne wynaczynionki w liczbie zazwyczaj dwóch do trzech, nieregularnie usadowione, ciemno-czerwone, kropkowate, nader ściśle odgraniczone. Spojówki zresztą blade.

Wyłuszczywszy ostrożnie gałkę oczną, otwarłem takową w równiku. Na siatkówce, w partyjach jéj obwodowych można było, często dopiero przy pomocy lupy, wykazać nieliczne drobne, ciemno-czerwone kropkowate wynaczynionki, nieregularnie rozmieszczone, ściśle odgraniczone. Części składowe gałki ocznéj zresztą, jak niemniéj przekrój nerwu wzrokowego, nie przedstawiały widocznych zmian. Wszelako żyły w oczodole się rozgałęziające, położone po za gałką oczną, bywały zazwyczaj płynną ciemno-czerwoną krwią nadmiernie rozdęte.

Podniebienie prawidłowe. Tchawica okazywała rozmaite obrazy. Pomijając zmiany uciskowe, od tasiemki pochodzące, bywała tchawica zazwyczaj na swéj powierzchni wewnętrznéj, szczególniéj w połowie dolnéj, silnie przekrwioną. Nieraz można było dostrzedz i wynaczynionki. Przekrwienie zazwyczaj dotyczyło i oskrzeli. Treści obcéj tchawica nie zawierała.

W kilku przypadkach, prócz zmian uciskowych, błona śluzowa tchawicy była zupełnie bladą, cienką, w dolnych częściach zaledwie różowawą, niemniéj i oskrzela podobnie się przedstawiały. Przypadki te należą jednak do rzadszych.

Zachowanie się płuc, narządu w kwestyi omawianéj tak bardzo ważnego, stałych cech nie okazywało.

W przeważającéj liczbie przypadków ($^{2}/_{3}$) opłucne, ale tylko płuc, okazywały wynaczynionki krwawe. Opłucne żebrowe w żadnym przypadku ich nie okazywały. Wynaczynionki co do wielkości i ilości różnie się zachowywały. Zazwyczaj bywały drobne, ciemno-czerwone, wielkości główki drobnéj szpilki, w wielu przypadkach bywały większe, nieregularnego kształtu i rozpołożenia.

Najmniéj było ich w częściach górnych klatki piersiowéj, najwięcéj w dolnych przybrzeżnych. W kilku przypadkach, mimo najskrzętniejszego poszukiwania, wcale wynaczynionek wykryć nie mogłem, chociaż miąższ płuca był znacznie przekrwiony.

Przekrwienie płuc i obrzęk były zazwyczaj obustronne i dość znaczne. W kilku jednak przypadkach, w których objawy wśród dławienia niczém od poprzednio skreślonego obrazu się nie różniły, wykazała sekcyja opłucnę prawidłową, płuca blado-różowe, suche, powietrzne. Ani śladu wynaczynionek, przekrwienia lub obrzęku. Osierdzie tak trzewowe jak i ścienne, szczególniéj w sąsiedztwie głównych pni naczyniowych, okazywało nieraz kilka drobnych wynaczynień.

Serce, zazwyczaj w połowie lewéj wybitnie skurczone, twardsze, okazywało prawą połowę wiotką i rozszerzoną. W lewéj komórce tylko rzadko kiedy znachodziło się trochę płynnéj ciemnéj krwi, w prawéj zaś było jéj zazwyczaj znacznie więcéj. Przedsionki prawy i lewy wiotkie, wypełnione krwią płynną ciemno-czerwoną, gęstawą, mazistą; tożsamo dotyczy treści żył większych. Wynaczynień w „*adventitia*“ żył lub tętnic nie dostrzeżono.

Przepona, opłucna i otrzewna przeponowa, prawidłowe. Ustawienie przepony nie przedstawiało znaczniejszych zboczeń.

Trzewy brzuszne nie zawsze były przekrwione. Wątroba, śledziona, jelita, krézka, nerki, przedstawiały się nader niejednostajnie, w jelitach widocznym był jeszcze przez czas jakiś ruch robaczkowy.

Rdzeń kręgowy, badany w tych kilku przypadkach gdzie na opłucny były rozleglejsze wynaczynienia, nie przedstawiał zmian. Tylko w dwóch przypadkach widzieć można było na wewnętrznéj powierzchni opony twardéj, jak niemniéj i na oponach miękkich, drobne, nieliczne, świeże wynaczynionki. Mózg w tych przypadkach wraz z oponami nie przedstawia widocznych zmian. (C. d. n.)

II. O wycinaniu odźwiernika.

Wykład kliniczny.

Podał Dr. Rydygier.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

II. Wskazanie.

W toku poprzedniego rozdziału wspomnieliśmy już o dwóch wskazaniach, dla których podjęto dotychczas wycięcie odźwiernika.

1. Wycięcie odźwiernika we wrzodzie żołądka zwężającym część odźwiernikową. Wrzód może być bądź jeszcze otwartym, a tylko przez zgrubienie ścian lub przez zrosty z narządami przyległemi uniemożebnić swobodny wypływ treści żołądkowéj, albo téż może być już zagojony i bliznowatém zwężeniem ten sam skutek wywołać.

Rozumie się, że zanim przystąpimy do operacyi, winniśmy wszystkie inne sposoby lecznicze wyczerpnąć i o ich bezskuteczności się przekonać, a dopiero wtenczas wolno pomyśleć o wycięciu odźwiernika.

Podług Leubego (*Die Krankheiten des Magens und Darms*, w Ziemssena *Handb. d. spec. Path. und Ther.* 7 t. 2 część, 2 wydanie, str. 113) wrzód żołądka dozwala dobrze rokować, jeżeli zaraz od początku odpowiednich użyliśmy środków, (jakie Leube podaje l. c. str. 120).

Inaczéj atoli rzeczy się mają w tych przypadkach, gdzie wrzód się umiejscowił w części odźwiernikowéj żołądka, zwęża ją i do następnego rozszerzenia żołądka doprowadza. Natenczas rokowanie podług tegoż autora bywa wątpliwe i daleko gorsze. Mimo pompy żołądkowéj, właśnie dla tych przypadków tak gorąco zalecanéj, nie jesteśmy w stanie nie raz życie chorego na pewien czas przedłużyć, a tém mniéj

je znośném uczynić. Mówi on dosłownie: *Je länger die Krankheit dauert, je stärker der Grad der Erweiterung ist, je länger nach Anwendung der Pumpe der Wiedereintritt der Fähigkeit des Magens, einen Theil seines Inhaltes durch den Pförtner zu entleeren, auf sich warten lässt, der Stuhlgang ungeregelt bleibt oder hartnäckige Verstopfung fortdauert, darf angenommen werden, dass das Hinderniss am Pylorus ein unheilbares ist, oder dass die Parese der Muscalaris des Magens in einer Entartung der Muskelzellen ihren anatomischen Grund hat. In solchen Fällen werden die Kranken dann immer elender, ertragen gar keine Nahrung mehr, können nicht mehr erbrechen, werden hydropisch und gehen schliesslich marastisch zu Grunde.* (l. c. pag. 225).

W takichto przypadkach, podług mego zdania, wycięcie odźwiernika jest bez wątpienia wskazaném; dla tych przypadków je téż zalecałem i w takimto przypadku po raz pierwszy wykonałem i to z dobrym skutkiem.

Niestety pozostanie dużo jeszcze takich złośliwych przypadków, opierających się wszelkiemu wewnętrznemu leczeniu. Podług zestawień statystycznych Brintona (l. c. u Leubego str. 90) znajduje się wrzód żołądka w 15% przypadków w okolicy odźwiernika, a w przeważnéj części tych występuje ostatecznie powyżéj opisany stan. Wymagając po wycięciu odźwiernika zupełnego wyzdrowienia, nie wyczekujmy tego ostatecznego stadyjum; ostrzegałem przed zawczesném i porywczém operowaniem i zalecałem poprzednie używanie wewnętrznych środków leczniczych; ostrzegam teraz przed za późném operowaniem. Jeżeli już nastąpiło zwyrodnienie mięśni, o jakiém wspomina Leube, jeżeli już wytworzył się niedowład żołądka, a chory jest bardzo osłabiony, natenczas nie możemy się niczego już spodziewać po wycięciu odźwiernika; tak długo nigdy nie powinniśmy wyczekiwać. Zgadzam się zupełnie z Billrothem, że operacyja wycięcia odźwiernika jako taka wcale nie jest niebezpieczniejszą niż zwyczajny szew jelitowy (*enterorraphia*). Spodziewajmy się, że w niezadługim czasie i koledzy interniści uznają słuszność tego zdania, a wtenczas nie tak późno, czyli raczéj r[illegible]k często „za późno", dostaniemy przypadki nadające się do operacyi.

Wielką sprawiła mi przyjemność wzmianka Billrotha na ostatnim Zjeździe chirurgów w Berlinie, że najznakomitszy znawca chorób żołądkowych, często powyżéj wspominany Leube podziela moje zdanie, zaczepione przez redakcyję *Centralblatt für Chirurgie*, twierdząc także, iż wycięcie odźwiernika jest wskazaném we wrzodzie żołądka zwężającym odźwiernik, a nawet, że to wskazanie jest lepszém i więcéj uzasadnioném, niż rak żołądka. Zdanie to podzielali także koledzy na kongresie, jak np. sam Billroth, Gussenbauer, Kolaczek, Szumann i inni. Świetnie mogłem je téż poprzeć wynikiem praktycznym w osobie kobiety przed 6 miesiącami przezemnie operowanéj na podstawie tego wskazania, którą teraz zdrową i dobrze odżywioną kolegom przedstawiłem.

2. Rak odźwiernika stanowi drugie wskazanie do wycięcia tegoż. Cierpienie to dotychczas najczęściéj było wskazaniem do wycięcia odźwiernika (21 razy zob. dod. I. zestawienie). Żałować nam tylko wypada, że w przeważnéj części powyższych przypadków chorzy tak późno i tak osłabieni do operacyi się zgłaszali, że nie mieli już dostatecznéj siły, żeby rękoczyn znieść. Szkoda, że koledzy interniści jeszcze tak mało mają zaufania do téj operacyi, w przeciwnym razie wcześniéj i z silniejszém przekonaniem zalecaliby ją swoim chorym. Raz wiemy na pewno że raka nie można wyleczyć żadnemi środkami wewnętrznemi, a daléj że życie cierpiących na raka nie zbyt długie. Brinton (u Leube l. c. str. 145) liczy w przecięciu 1 rok tylko. Z drugiéj zaś strony widoki wyleczenia doszczętnego w raku żołądka nie są gorsze niż w raku innych przyrządów, np. sutek, gdzie pomoc operacyjna obecnie przez wszystkich jest uznaną jako wskazana i jedynie skuteczna. Podług tyle mozolnego i pilnego zestawienia Gussenbauera i Winiwartera (l. c. str. 371—378) rokowanie jest w raku żołądka nawet daleko lepsze niż w raku innych przyrządów. Z ich zestawienia wynika bowiem, że przerzuty do innych przyrządów w raku żołądka stosunkowo rzadko się zdarzają. Studyjowali oni gruntownie 61,287 protokółów sekcyjnych wiedeńskiego instytutu patologicznego i znaleźli pomiędzy 542 rakami odźwiernika 172 przypadków bez zrośnień, a 223 bez przerzutów. Z tego słusznie możnaby wnioskować, że jeżeli na stole sekcyjnym tak mało tylko znaleziono przypadków powikłanych przerzutami i zrośnieniami, natenczas za życia, mianowicie w początkach cierpienia, stosunek powinien być daleko lepszy. Uderza tylko, jak to już Ledderhose (l. c.) zauważył, że Rokitansky (*Lehrbuch der pathologischen Anatomie* III tom) opierając swoje doświadczenie na tymże materyjale instytutu wiedeńskiego wręcz przeciwne zdanie wypowiedział. Podług niego tylko wyjątkowo, w bardzo rzadkich przypadkach, pozostaje odźwiernik zrakowaciały wolnym, nieprzyrośniętym do przyległych przyrządów. Z tém zgadzają się także liczby Ledderhosego przytoczone z patologicznego instytutu strasburgskiego, wprawdzie bardzo szczupłe w porównaniu do liczb Gussenbauerowsko-Winiwarterowskich. Ledderhose podaje, że na 39 przypadków raka odźwiernika 28 byłoby niezdatnych do operacyi, a tylko 4 zdatne; o reszcie nie można sądu wydać na podstawie nie zupełnie dokładnych protokołów.

Z tém zgadzają się także nasze dotychczasowe doświadczenia oparte na przypadkach dotąd operowanych. Na ich podstawie dochodzimy także do wyników zupełnie przeciwnych z Gussenbauerowskim. Z 21 dotychczas operowanych przypadków mogę tylko 19 w powyższym celu zużytkować, bo w dwóch przypadkach Bardenhaura i jednym Juriégo nie są mi znane bliższe szczegóły dotyczące kwestyi w mowie będącéj. W 19 powyższych przypadkach 14 razy znajdujemy podane zrośnienia i przerzuty, a tylko 5 od nich jest wolnych. Chcąc atoli prawdziwy obraz otrzymać musimy do tych 14 powikłanych przypadków doliczyć jeszcze wszystkie te, w których rozpoczęto operacyję, a gwali daleko sięgających zrośnień jéj zaniechano. Takich przypadków podał Billroth na ostatnim Zjeździe chirurgów 20, Bardenhauer doniósł mi o 3, Czerny miał jeden, a ja 5. Nareszcie dodać winniśmy do powyższéj liczby jeszcze 4 gastro-enterotomije, które wykonano zamiast wycięcia odźwiernika w przypadkach z zanadto rozległemi zrośnieniami. Jestem przekonany, że prócz tego jeszcze znaczna liczba przypadków takich skomplikowanych nie jest ogłoszoną i dla tego mi nieznane. Ale i bez tych mamy 52 przypadków mniéj lub więcéj wyszukanych do operacyi, z których tylko 5 było bez przerzutów i bez zrośnień.

(Dokończenie nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

A. Fournier: **De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (Tabes specifique). Leçons cliniques professées à l'hôpital Saint Louis**. Paris. 1882. G. Masson, éditeur. W 8ce, str. 396.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Bóle błyskawiczne występują zazwyczaj w odnogach dolnych a posuwając się powoli ku górze nagabują późniéj brzuch, klatkę piersiową, odnogi górne. Bywa atoli i wprost przeciwnie. Występują w rozmaitéj porze, częściéj atoli za dnia niż w nocy. Z biegiem czasu stają się coraz gwałtowniejsze i częstsze; nie doprowadzają jednak zazwyczaj w okresie przed bezładem do napadów złożonych z całego szeregu pojedyńczych bólów. W lżejszych przypadkach wiądu pacierzowego brakuje nieraz zupełnie bólów błyskawicznych; z ich więc nieobecności nie można sądzić, że nie ma wiądu pacierzowego.

Prócz bólów błyskawicznych występują w wiądzie pacierzowym kiłowym w okresie, o którym mowa, ***bóle innego rodzaju***, mniéj lub więcéj stałe, takież same lub podobne, jak w zwykłym wiądzie pacierzowym. Najgłówniejsze z nich są: 1) bóle w stosie kręgowym lub koło stosu kręgowego zajmujące okolice kręgów w rozmaitéj wysokości osobliwie między łopatkami, koło nerek lub wzdłuż nerwów rdzeniopacierzowych na tułowiu; 2) bóle w odnogach osobliwie dolnych nieraz w postaci formalnych newralgij, np. kulszowych, uczucia ściskania koło kolana, kostek, w postaci niespokoju i rozdrażnienia odnóg bardzo przykrego, które zmusza chorych do ciągłéj zmiany położenia, uczucie zimna lub przeciwnie gorąca, pieczenia, palenia w odnogach dolnych; bóle te występują niekiedy tak głęboko, iż je chorzy odnoszą do mięśniów a nawet kości; 3) bóle w okolicy klatki piersiowéj bądź jako zupełne newralgie międzyżebrowe bądź jako bóle ściskające, opasujące naokoło klatkę piersiową, nadzwyczaj przykre, a nawet nieraz bardzo utrudniające oddychanie a tém samém prowadzące do duszności. Te ostatnie mogą mieć nieraz wielkie znaczenie dla rozpoznania.

Nadczułość miejscowa w postaci wysep na odnogach dolnych, a szczególniéj na tułowiu, mianowicie koło stosu kręgowego, jest wcale nierzadkim objawem wiądu pacierzowego kiłowego i dochodzi niekiedy do tego stopnia, iż utrudnia chorym leżenie lub siedzenie w pewnych pozycyjach. Nadczułość w okolicy stosu kręgowego trwa zazwyczaj długo, gdy na odnogach ustępuje zupełnie lub zmniejsza się po niejakim czasie; nierzadko téż przemienia się w nieczułość.

Nieczułość występuje zwykle również w postaci wysep czucia pozbawionych, osobliwie na odnogach dolnych, prąciu, brzuchu, dolnych częściach klatki piersiowéj, najrzedziéj na twarzy i odnogach górnych, na tych ostatnich zaś najczęściéj na dwóch ostatnich palcach. Nieczułość pojawia się symetrycznie i niesymetrycznie, nagabuje głównie czucie dotykowe, przybiera postać analgiezyi, rzadko utraty zmysłu ciepłoty. Zazwyczaj czucie nie jest zupełnie zniesione, lecz tylko przytępione, tak iż chorzy według własnego wyrażenia czują wszystko jakby przez jakiś przedmiot, np. rękawiczkę. Ponieważ nieczułość, mianowicie na odnogach dolnych, nie sprawia żadnych przykrości, przeto chorzy zwykle nie uważają na nią i dopiero potrzeba dokładnego badania do jéj wykrycia.

Upośledzenie czucia powiększa się powoli pod względem rozległości i stopnia i dochodzi nieraz do zupełnéj utraty czucia dotykowego i bólu. Ze stanowiska praktycznego, mianowicie dyjagnostycznego, najważniejszą jest utrata czucia na podeszwach.

2) ***Zboczenia w innerwacyi ruchowéj oczu*** grają ważną rolę w okresie choroby przed bezładem. Na 94 przypadki kiłowego wiądu pacierzowego znalazł Fournier 45 razy rozmaite porażenia mięśniów ocznych, a w tych 45 razach 22 takie, gdzie porażenia, o których mowa, były pierwszym objawem choroby. Podług tego, jak porażenia przerzeczone występują częściéj w kiłowym wiądzie pacierzowym, można je ułożyć w następującéj kolei: widzenie podwójne, zez, zwężenie, rozszerzenie źrenicy, opadnienie powieki górnéj, porażenia więcéj lub mniéj rozszerzone rozmaitych nerwów ocznych, widzenie połowicze. Co do tych porażeń mięśniów ocznych, zasługują na uwagę trzy okoliczności: *a)* Porażenia te rozpoczynające kiłowy wiąd pacierzowy są zwykle częściowe. Najczęściéj ulega porażeniu nerw okoruchowy, po nim odwodzący, najrzadziéj bloczkowy. Nader rzadko porażony jest cały nerw okoruchowy; zazwyczaj dotkniętemi są tylko szczegółowe jego gałązki, zkąd powstają widzenie podwójne bez widocznego zezu, zez, samo rozszerzenie źrenicy, opadnienie powieki górnéj bez innych zboczeń czynnościowych w innerwacyi ruchowéj oka. *b)* Porażenia przerzeczone powstają nagle i nagle nierzadko znikają, co się czasem i po kilka razy powtarza. Są porażenia przemijające trwające po kilka i kilkanaście dni, nieraz zaledwie po kilka godzin lub nawet tylko minut, gdy inne, jak osobliwie rozszerzenie źrenicy i opadnienie powieki górnéj są wiele stalsze niż widzenie podwójne i zez. *c)* Najczęściéj porażenia mięśniów ocznych występują nie bardzo blizko początku choroby i starają się przybrać oznaczoną formę kliniczną, trwać długo i zajmować wszystkie gałązki nerwu raz nagabniętego. Wszystko to występuje coraz wyraźniéj, im późniejszym jest okres wiądu pacierzowego.

Porażenia, o których mowa, są bardzo ważne pod względem praktycznym, bo u kiłowych 1) stanowią bardzo często pierwsze objawy wiądu pacierzowego; 2) występują same lub razem z innemi objawami wiądu; 3) trzeba podejrzywać w każdym ich przypadku, jeżli mianowicie znikają i pojawiają się nagle, wiąd pacierzowy.

3) ***Zboczenia w narządzie moczopłciowym*** są bardzo pospolite w wiądzie pacierzowym kiłowym przed bezładem.

Czynności płciowe rzadko podwyższają się chwilowo w postaci ciągłych naprężeń prącia, pomazań nocnych; zazwyczaj ulegają obniżeniu przez to, że erekcyje są coraz rzadsze, niezupełne a wreszcie ustają całkiem, że przy spółkowaniu nasienie przedwcześnie wystrzykuje się z prącia, że nakoniec i sama lubieżność płciowa zmniejsza się. Ponieważ chorzy do tych zboczeń czynnościowych nie zawsze chcą się przyznawać, wypada ztąd, iż należy być bardzo dokładnym i stanowczym w pytaniach pod tym względem, by dotrzeć do prawdy.

Zboczenia w oddawaniu moczu objawiają się głównie pewnym rodzajem porażenia pęcherza: chorzy muszą czekać po kilka a nieraz i po kilkanaście minut, nim mocz pocznie płynąć z cewki, muszą przeć a mimo tego promień moczu jest cienki i słaby. Nieraz przerywa się zupełnie prąd moczu, by przy parciu ukazać się na nowo, tak iż chorzy z kilkoma przestankami mocz oddają. Nieraz też mylnie rozpoznawano w takich przypadkach zwężenie cewki lub ka

mień w pęcherzu. Od czasu do czasu chorzy oddają mimowoli po kilka kropli moczu w różnych porach dnia i nocy, na jawie i we śnie, co F. uważa słusznie za przypad najczęściéj występujący w wiądzie pacierzowym. Do innych zboczeń należą: nieczułość pęcherza, który się przepełnia, tak iż chorzy nie znagleni potrzebą, ale przez rozum mocz oddają, parcie na mocz podobne w przypadach do zapalenia szyjki pęcherza moczowego, niemożność całkowita oddania moczu w pewnéj chwili lub tylko w pewnych postawach, np. siedząc lub kucząc.

Wszystkie te zboczenia w oddawaniu moczu zazwyczaj raz się pojawiwszy zostają i stają się coraz wybitniejszemi; w rzadkich stosunkowo przypadkach ustępują chwilowo lub na zawsze. (C. d. n.)

Lehrbuch der Ohrenheilkunde von Dr. Adam Politzer Prof. in Wien etc. 2er Band mit 142 Holzschnitten. Stuttgart bei Ferdinand Enke 1882.

Ocenił Dr. Warschauer.

Tuż po ukazaniu się pierwszego tomu przerzeczonego dzieła, oceniłem je w Przeglądzie Lekarskim.

Obecnie zaś zastanowię się nad wartością drugiego i ostatniego tomu dzieła traktującego wyczerpująco o chorobach uszu. Nie mam bynajmniéj zamiaru rozbierać paragraf po paragrafie, boby to przechodziło ramy niniejszéj oceny, zwrócę tylko uwagę na obfitość treści i gruntowne opracowanie rozmaitych postaci chorobowych i ich leczenie.

I tak tom drugi obejmuje:

Nieżyty ucha środkowego, między temi zaś sprawy zapalne zlepne *(Adhaesivprocesse)*, chorobowe zmiany stawów i kosteczek słuchowych, między środkami leczniczemi zwraca autor uwagę na zmianę powietrza, kąpiele i zdrojowiska.

Leczenie spraw zlepnych za pomocą rękoczynów, przedziurawienie błony bębenkowéj za pomocą narządu galwanokaustycznego, przecinanie tylnego fałdu błony bębenkowéj, przecinanie naprężacza bębenkowego, opisane są wyczerpująco i gruntownie, podane są wskazania i przeciwwskazania i zamieszczane są w tekscie ryciny narzędzi.

Poczém następuje zapalenie ropiaste środkowego ucha, tu mówi autor o chorobowych zmianach, o własnościach wydzieliny, o wielkości i kształcie otworu powstałego z przebicia błony bębenkowéj, o rozpoznaniu przedziurawienia, daléj pojawy podmiotowe, zboczenia słuchowe, zarost otworu z przebicia błony bębenkowéj powstałego przez utkanie bliznowate, mówiąc o leczeniu wspomina o wpędzaniu powietrza do środkowego ucha, o przestrzykaniu przewodu słuchowego zewnętrznego, o wydobywaniu zgęstniałych brył z ucha środkowego, o przepłukaniu jamy bębenkowéj przez trąbkę Eustachego.

Miejscowe stósowanie leków, mianowicie leczenie przeciwgnilne (antyseptyczne), w chirurgii pierw używane, wprowadzone zostało przez Bezolda do otyjatryi, mianowicie kwas borowy okazał się bardzo skutecznym, tak że prof. Politzer daje mu pierwszeństwo nad innemi lekami dawniéj używanemi. P. wdmuchuje codziennie 0,6 grm. boru miałko sproszkowanego do przewodu słuchowego zewnętrznego, zrazu po wdmuchnięciu wilgnie proszek, jeżeli zaś wdmuchnięty proszek nie zmienia się i jest suchy, to wówczas leczenie zapalenia ropnego jest ukończone, w ostatnich czasach otoki uszne tym sposobem po największéj części bywają przez lekarzy leczone, a trzeba przyznać, że dość szybko.

Inne formułki środków przeciwgnilnych podaje, atoli uważa że daleko mniéj skutkują i tak kwasu karbolowego 1 gliceryny lub oliwy 10. Kwasu salicylowego, tymolu, jodoformu, boraksu, nadmanganianu potasowego 0,1 na 25, nastój jodyny, kwas będźwinowy.

Drugim środkiem, w pewnych razach bardzo skutecznym, jest wyskok (*spiritus vini)*. Hattenstein używał go w grzybicy usznéj (*otitis mycosa*) z dobrym skutkiem, po nim inni w ropieniu ucha środkowego stósują go tak, że odtąd przeważne wyskok zajmuje miejsce w leczeniu otoków usznych. Wlewa się po łyżeczce od kawy letniego wyskoku dwa razy dziennie do przewodu słuchowego zewnętrznego i zostawia się go tamże przez dziesięć do piętnastu minut, skuteczność tego leku okazuje się w ziarninie błony wyścielającéj ucho środkowe. Prócz powyższych leków, środki żrące i ściągające bywają używane, atoli z mniejszą skutecznością. W tym rozdziale mówi również P. o próchnieniu i martwicy kosteczek słuchowych jak niemniéj o próchnieniu kości skroniowéj, o następowém porażeniu nerwu twarzowego, o tworzeniu się odsłoi (*sequester)*.

Ropienie ucha środkowego bywa bardzo niebezpieczném a często śmiercią się kończy, wywołując zapalenie opon mózgowych, ropień mózgowy, zapalenie żył zatoki mózgowéj *(Phlebitis der Gehirnsinus)*, nadżercie tętnicy szyjnéj domózgowéj (*Arrosion der Arteria carotis interna*). W końcu wyłuszcza sposoby oddzielenia odsłoju i leczenie porażenia nerwu twarzowego. (Dok. nast.)

Wiadomości pomniejsze.

(K. G. **Konwalaryn**. Prof. Sée podał w Akademii lekarskiéj w Paryżu wiadomość o nowym leku wiele obiecującym pod względem leczniczym. Ten nowy alkaloid z konwalij odkrył prof. Hardy, który odkrył téż alkaloid pilokarpin z jaborandy. Sée i Hardy czynili doświadczenia z konwalarynem na chorych w *Hôtel Dieu* w Paryżu. Działanie konwalarynu można porównać z działaniem digitalinu, który może korzystnie zastępować, nie posiada bowiem żadnych ubocznych wpływów szkodliwych, któremi odznacza się digitalin. Powód do czynienia doświadczeń dała prof. Hardy ta okoliczność, iż w Rosyi wieśniacy używają konwalij w wodnych puchlinach i we wszystkich przypadkach wymagających znaczniejszego stopnia diurezy. Według zdania prof. Sée konwalaryn jest dzielnym środkiem moczopędnym, a ma téż wybitny wpływ na skórcze serca, które reguluje zmniejszając przytém znacznie tętno. *(The Lancet*, 1882, II, Nr. 2).

(K. G.) **Ciepłota powierzchni w chorobach płuc**. Redard w ciągu ostatnich 11 miesięcy czynił doświadczenia nad ciepłotą powierzchni klatki piersiowéj w gruźlicy płuc za pomocą płyt termoelektrycznych. Znalazł on, iż ciepłota po stronie zajętego płuca jest często wyższą o 0,5—0,6 °C. w ostréj gruźlicy, w zwykłych suchotach w pierwszym okresie i w nawałowych gorączkowych formach choroby. Podwyższenie ciepłoty nie dotyczy tylko miejsca zajętego, lecz dotyczy całéj strony choréj od karku aż do dolnych żeber. W okresie rozpadu i w długotrwałych chorobach płuc bez gorączki z mierzenia ciepłoty miejscowéj nie można zupełnie żadnych pewnych wniosków wysnuć. Z liczby 60 przypadków najwyższą ciepłotę obserwowano 28 razy po stronie zajętéj, a 32 razy po stronie zdrowszéj. W późniejszym okresie, gdy już utworzą się jamy znajduje się zazwyczaj wyższa ciepłota po stronie zdrowszéj, ale nie wydarza się to stale. W żadnym przypadku nie znaleziono, aby miejscowa ciepłota na klatce piersiowéj była wyższą od najwyższéj ciepłoty pod pachą odpowiedniego boku. Słowem mierzenie miejscowéj ciepłoty

może dać nam niejakie wskazówki w wczesnych okresach gruźlicy lecz wartość jego jest bardzo ograniczona. (*The Lancet*, 1882, I, Nr. 18, str. 763).

IV. Szkice położnicze ze Wschodu.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski

II.

Akuszerki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 32).

Zbliżemy się więc teraz do kobiety wschodniéj, znajdującéj się w ostatnim okresie swéj ciąży. Widok, jaki nam się tu przedstawi, uderzy w sposób niewypowiedzianie przykry. Tutaj to bowiem spotkamy wschodnią „Ebe-hanum“ (akuszerkę), jedyną nadzieję całéj rodziny, jedyną powiernicę cierpiącéj!

Wiadomo, że we wszystkich krajach płeć piękna szczyci się posiadaniem wyłącznego prawa zajmywania się praktyką położniczą. Zaczynając więc od staréj Europy, aż do namiotu Beduina w pustyni afrykańskiéj, wszędzie spotkamy ten sam zwyczaj, ten sam dominujący system. Tak było i w starożytności, gdzie ta część nauki wyłącznie była uprawianą przez kobiety. Jednakże przywiléj oparty na tradycyi i święcony zaślepieniem w przesądach, nie przeszkodził kobietom do oddania się poważnym studyjom sztuki położniczéj i przyswojenia sobie znajomości niezbędnych do sumiennego i umiejętnego wywiązania się z zadania przy położnicach, potrzebujących ich pomocy. O tym jednak rodzaju akuszerek (czy to one kształciły się w Paryżu, czy téż tylko uczęszczały na kilka wykładów profesora kliniki chirurgicznéj fakultetu stambulskiego) nie mam zamiaru mówić. Bo jakiémby nie było ich fachowe wykształcenie, to mają one za sobą to dobre, że działają sumiennie i otwarcie i w przypadkach, w których dostrzegą, że znajomość ich jest niedostateczną, zwracają się bez zwłoki do lekarza-akuszera. Głównie więc chcę zająć uwagę czytającego przedstawieniem tego rodzaju matron najrozmaitszych narodowości, bardzo tu licznych, wysoce przekonanych o swych zdolnościach, których wielka liczba porzuca nieobyczajne praktyki życia i zostaje wschodniemi akuszerkami. Wiadomo o tém osobom najmniéj wtajemniczonym w dochodzenie genealogii podobnych dam, i do ich scharakteryzowania wystarczy mi powtórzyć rozpowszechnione tu przysłowie: „że kobiety rozpoczynające karyjerę życiową nierządem, kończą ją, stając się wschodniemi akuszerkami!“ Takiemi téż są w największéj liczbie przypadków te, tak zwane „Ebe-hanum,“ podobnie głuszącemu zielsku, rojące się we wszystkich prowincyjach tureckiego wschodu. Cała téż prawie ilość kobiet ciężarnych, a daléj i cała ilość noworodków, pozostaje w opiece tych istot, których ciemnota do tego dochodzi stopnia, że się uważają za zdolne do usunięcia najgroźniejszych pojawów, na które sama ich obecność wywiera już niezaprzeczony wpływ. I w istocie téż nie pozostają one z założonemi rękoma wobec cierpiącéj. Już sam wzgląd na ich ograniczoną zdolność fachową odrazu wznieca życzenie pozostawienia ich opiece jedynie tylko wieśniaczek, u których natura wystarcza sobie saméj do zakończenia sprawy porodowéj. Na nieszczęście jednak tak nie bywa, gdyż przedmiotem i celem ich praktyki są właśnie, i to najczęściéj, istoty o ustroju słabym, wątłym, wychowane w warunkach przesadnéj pieczołowitości, zwykléj w wyższych sferach towarzyskich. I takie to właśnie damy szukają pomocy u tego rodzaju akuszerek, spodziewając się, że u nich tylko znajdą wszystkie zasoby, wszystkie środki zdolne złagodzić ich cierpienia i zapewnić pomyślne zejście. Nie należy téż zapominać, że każda z kobiet wschodnich, w ostatnim okresie swéj ciąży, prócz matki, zwykła się jeszcze otaczać gronem przyjaciółek i lepszych znajomych. Nic w tém dziwnego. W cierpieniach i trudnych okolicznościach życia, zwykło się szukać pociechy u blizkich krewnych lub przyjaciół. W Turcyi jednak ten naturalny popęd zostaje wywołany zupełnie inną przyczyną: akuszerka tutejsza wymaga bezwarunkowo mieć towarzyszkę w babce, matce lub ciotce położnicy; a to dla tego ażeby w razie trudnych zajść korzystać z ich doświadczenia, a w przypadku niepomyślnym, na nie złożyć część odpowiedzialności. Do zamaskowania własnéj nieznajomości jest to środek bardzo praktyczny.

Faktem niemniéj godnym uwagi, stale tu spotykanym, jest jeszcze i to, że akuszerki, należąc do rozmaitych narodowości, bywają zwykle poszukiwane przez swych ziomków. I zwyczaj ten jest tu tak głęboko zakorzenionym, że w danym przypadku akuszerka rodaczka bywa poszukiwaną z całą usilnością, wtedy gdy inne, pozostające pod ręką, choćby zdolniejsze nawet, pozostają bez uwzględnienia. Z pozoru podobna skłonność potrzebujących nikogo nie zadziwi, jedność rasy, zwyczajów i wiary wystarczy do jéj wytłumaczenia. Uwzględniwszy jednak upór szukających, przesąd do koniecznego posiadania akuszerki rodaczki, trudno będzie nie przypuścić, że kryje się w tém inna jakaś przyczyna. W istocie téż późniejsze spostrzeżenia przekonały mnie, że zrobione przypuszczenie ma swą racyję bytu. Dowiedziałem się bowiem, że akuszerka tutejsza, prócz właściwego sobie zajęcia, oddaje się jeszcze złotodajnéj industryi, kojarzenia małżeństw! Nadzwyczajna łatwość przeniknięcia do ognisk rodzinnych, bardzo obszerne jéj stosunki z płcią piękną, pozwalając na zapoznanie się z domowemi tajemnicami rodzin, czynią naszą matronę bardzo zręczną w obrabianiu podobnych interesów. W kraju bowiem, gdzie ognisko rodzinne otaczają mury, gdzie zwyczaje nakazują zupełne unikanie a przynajmniéj krycie się przed przenikliwą źrenicą płci brzydkiéj, akuszerka taka odgrywa rolę prawdziwego urzędowego sprawozdawcy, i bywa, że się tak wyrażę, ogniwem spajającym rodziny jednowiercze. Ten zaś jéj charakter jest powszechnie znanym i bardzo cenionym. Każdy téż młody mężczyzna, szukający małżeńskich kajdanków, zawsze zwraca się do akuszerki, starając się wspaniałym najprzód podarkiem dobrze ją dla siebie usposobić. Mogę téż dodać, że rzadko kiedy narzeka na jéj pośrednictwo. Dla naszéj zaś „Ebe hanum“ podobna industryja, uprawiana na obszerną skalę, wyłączny znowu przedstawia interes. Bo już prócz samego wynagrodzenia zręczna matrona zdobywa sobie zaraz nową przyjaciółkę i z góry cieszy się prawną wreszcie nadzieją, że ona to, a nie kto inny, będzie pośredniczyć przy porodach dzieci, zrodzonych ze związku będącego jéj dziełem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

V. Zjazd II Lekarzy i Przyrodników czeskich w Pradze.

XII.

d) Podsekcyja farmaceutyczna. Posiedzenie z d. 27 maja. Przewodniczący Dr. Jandouš.

Doc. Dr. Bělohoubek wykładał o sposobie rozróżnienia olejków lotnych świeżych od zjełczałych; jako od-

czynnik radzi używać kamfinowego lotnika, który łączy się z olejkiem świeżym, ze zjełczałym zaś tworzy osadzający się gąszcz. Następnie Dr. B. mówił o odczynniku Preyera na kwas pruski, i doszedł własnemi badaniami do tego wyniku, że w sprawach sądowo-lekarskich należy oględnie postępować z rzeczonym odczynnikiem, gdyż jego czułość chemiczna często bywa o wiele słabszą aniżeli błękitu berlińskiego.

Mag. farm. Fragner mówił o winie malaga, w którego osadzie znalazł obok drożdży, szczątki organiczne, piasek, skrobię, mikrokoki.

J. Stěpánek: O przyrządzaniu i własnościach niektórych tłustych olejów. Główne zastosowanie w medycynie mają następujące oleje: migdałowy, rącznikowy, orzechowy i makowy; szczególnie dwa pierwsze. Najwłaściwszy sposób przygotowywania zawiesin jest użycie oleju zupełnie świeżego, każdorazowo wytłoczonego. Olej należy trzymać w naczyniach dobrze zawartych; doświadczenie pouczyło, że należy przed tłoczeniem migdały podrobić; tém więcéj będziemy mieć oleju, czém mniéj na jeden raz tłoczymy, i czém wolniéj tłoczenie odbywamy. Przy tłoczeniu wielkich ilości należy między warstwy ciał olejodajnych przekładać metalowe płyty. Tłoczyć należy zawsze na zimno; olej wydobyty tłoczeniem na gorąco ma smak niemiły i jest mętny. Olej migdałowy nader szybko rozkłada się, należy go wytłaczać nie wiele na raz. Otrzymujemy następujący odsetek oleju przy dobrém tłoczeniu: z jagód laurowych 11%, z orzechów włoskich 43%, z migdałów malagskich długich całych 44%, z migdałów zwyczajnych według jakości 40—47%; przy pierwszém tłoczeniu otrzymujemy $^2/_3$ oleju, przy drugiem $^1/_3$. Z sporyszu wydobywamy 2,11% oleju.

Mag. farm. Pohl: O nastojach (*tinctura*). Odczynnikowy papier lakmusowy, zanurzony w nastoje, barwi się na czerwono. Prelegent uczynił sobie pytanie, czy ten kwaśny odczyn jest prawidłowym, czyli też jest następstwem octowego ukwaszenia się wyskoku, lub z innéj jakiéj przyczyny? Wynik był następujący: soki roślinne świeże lub suche, wyciągnięte z rośliny wodą lub wyskokiem, mają odczyn kwaśny; większy stopień kwaśnego odczynu, występujący z biegiem czasu, nie należy kłaść na karb ukwaszenia się wyskoku, lecz jest on skutkiem rozkładu zieleni, barwiku, garbnika itd., jak to stwierdza spektroskop; lekarski skutek takich nastojów nie zmniejsza się, jak to stwierdzić można smakiem i wonią nastojów aromatycznych, lub też próbą Dragendorfa i Hegra dla nastojów narkotycznych.

Dr. Jandouš badał preparaty Quebracho i przekonał się, przy pomocy spostrzeżeń klinicznych Dra Thomayera, że zbawiennego wpływu przeciwastmatycznego nie można było przypisać ani Quebracho blanco, ani Quebracho coloredo.

II. Sekcyja matematyczna dzieliła się na dwie podsekcyje: matematyczną i fizyczną; w pierwszéj przewodniczył prof. Pánek, w drugiéj prof. Seydler. Sekcyja matematyczna odbyła dwa posiedzenia: 27 i 29 maja. Odczyty téj sekcyi, jako obce programowi Przeglądu lekarskiego, nie będą przytoczone.

III. Sekcyja przyrodnicza składała się z trzech podsekcyj: przyrodniczéj, chemicznéj i antropologiczno-archeologicznéj. W pierwszéj przewodniczył Doc. Veydovský, w drugiéj Doc. Rayman, w trzeciéj prof. Smolik. Nie przytaczamy odczytów téj sekcyi, jako niemających stosunku bezpośredniego z nauką lekarską. Z Polaków mieli odczyty: P. Ign. Szyszyłowicz: 1) „O wpływie światła na przemianę materyi w kiełkujących roślinach“; 2) „O zachowaniu się szparek roślinnych podczas zimy“. Ossowski: 1) „O główniejszych utworach geologicznych Wołynia“; 2) „O wynikach z badań jaskiń w okolicach Krakowa“. Prof. Radziszewski „O fizyjologicznem utlenianiu“; Dr. Kamieński przedstawił „Różnorodne typy w budowie morfologicznéj gatunków rodzaju Utricularia“. Prof. Rostafiński: 1) referował badania prof. Nowickiego „O zarybieniu rzek polskich“. 2) „O tworzeniu się ruchliwek u wodorostów sinych“. Dr. Żuliński: „O symbolice mineralogicznéj zwłaszcza ze względu praktycznego.“ Dr. J. Kopernicki mówił: „O przedhistorycznych czaszkach trepanowanych, znalezionych w Czechach“. Odczyt ten tak ze względu na treść jak i wartość jego, przytaczamy w streszczeniu:

Na wstępie wyłożył prelegent główne fakta odnoszące się do tego przedmiotu, odkrytego w ostatnich latach i przez Broca wyjaśnionego, a mianowicie: że we Francyi podczas całego okresu neolitycznego wykonywano na chorych dzieciach operacyję chirurgiczną trepanacyi, przeskrobując krzemieniem dziurę w czaszce, a następnie u osób, które tę operacyję szczęśliwie przebyły, po ich śmierci wypiłowywano na około zabliźnionego otworu kawałki kości, dla noszenia na szyi, jako amulety. Przytém objaśnił technikę téj operacyi, cechy, po których daje się rozpoznać na czaszkach itp.

Następnie, wyliczywszy te miejscowości w południowéj i środkowéj Francyi, gdzie podobne czaszki i amulety znajdywano w dolmenach i jaskiniach cmentarzyskowych, K. zaznaczył, że bezwarunkowo pewne i wyraźne przykłady przedhistorycznéj trepanacyi w Europie środkowéj odkryte zostały dopiero na ziemi czeskiéj. A mianowicie: w r. 1876 przez p. inżyniera Pudila w grobach przedhistorycznych w Strupčicach pod Bilinem na dwóch czaszkach dorosłego mężczyzny i kobiety i w r. 1878 przez p. Dra Wankla w jaskini Bycza Skała na Morawie na jednéj czaszce 14 do 15-letniego niedorostka.

Przedstawiając te czaszki i analizując je we wszystkich szczegółach, Dr. K. udowodnił, że dziury w nich przeskrobane były w wieku dziecięcym za pomocą narzędzi krzemiennych, zupełnie tak samo, jak się to odbywało we Francyi. Przytém jednak zachodzi ta tylko wielka różnica, że we Francyi do trepanacyi obierano zawsze na głowie tylko miejsca pokryte włosami, podczas gdy w Czechach tego prawidła nie trzymano się, gdyż otwór u jednéj czaszki jest na samym guzie czołowym, a u drugiéj na granicy czoła i skroni.

Co się tyczy wypiłowywania po śmierci (*trépanation posthume*), to chociaż większych kawałków na prawdziwe amulety nie wykrawywano, jednakże na jednéj czaszce kobiecéj ze Strupčic wykazał Dr. K. widoczne ślady tego, że z brzegów zabliźnionéj rany trepanacyjnéj wypiłowane były w jakimś celu drobne cząstki kości, zupełnie podobne do jednéj z tych, które on przed rokiem odkrył na zbadanych przez siebie czaszkach Ainosów, w których kawałki kości wypiłowywane były z gotowego otworu potylicznego.

Udowodniwszy tym wykładem istnienie trepanacyj przedhistorycznych na ziemiach czeskich, oraz tożsamość téjże z trepanacyją neolityczną we Francyi, prelegent uchylił się od przedwczesnego dochodzenia i wyjaśnienia jaki z tego powodu może zachodzić związek pod względem archeologicznym między tak odległemi krajami; oświadczył on tylko, iż w Czechach odkryte czaszki trepanowane, jako wyraźnie długogłowe, nie były zgoła słowiańskiemi lecz jakiegoś obcego plemienia.

Na zakończenie, wystawiając wielką doniosłość naukową odkrycia w Czechach czaszek, o których mówił, wyraził on przytém, że gdy się tym przedmiotem zajęli tak poważni archeologowie krajowi, należy niewątpliwie oczekiwać nowych odkryć z tychże lub innych miejscowości tego kraju.

IV. Sekcyja pedagogiczna. Przewodniczący Prof. Durdik. Sekcyja odbyła dwa posiedzenia (28 i 29 maja); treść odczytów specyjalnie pedagogiczna, do umieszczenia w Przeglądzie lekarskim nienadająca się.

Dr. Kwaśnicki.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* W sprawie zmniejszenia dyjet za szczepienie ospy, poruszonéj w ostatnim Nrze Przeglądu przez Dra K. Reissa zapewniają nas ze Lwowa z najpewniejszego źródła, że tu zachodzi widoczne nieporozumienie; gdyż reskrypt z d. 30 marca rb. l. 17,529 nie ma się odnosić do zwykłego rocznego szczepienia, lecz do szczepienia z konieczności, które czasem staje się niezbędném, jeśli jaka miejscowość ulega epidemii ospowéj.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 30 lipca do 5 sierpnia umarło wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców w Krakowie 22,9 (28,2 z. t.). Z ospy 1 (0 z. t.); z płonicy 0 (1 z. t.); z błonicy 0 (1 z. t.); z czerwonki 1 (1 z. t.). W tygodniu od 16 do 22 lipca umarło z ospy w Wiedniu 16, w Budapeszcie 11, w Paryżu 15, w Petersburgu 15, w Warszawie (od 2 do 8 lipca) 29. Ospa łagodnie się pojawiała w ciągu czerwca w Rzymie, Barcelonie, Murcyi i Lizbonie, wiele ofiar zabierała w Madrycie, gdzie od 1—7 maja umarło 43 osób. W Cincinnato i Chicago złagodniała ospa w połowie czerwca. Z duru sutkowego umarło w Budapeszcie i w Warszawie po 2, w Amsterdamie, Petersburgu, Maladze, Murcyi i Saragosie po 1.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 16—22 lipca umarło wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 28,2; we Lwowie 34,8; w Poznaniu 39,4; w Wiedniu 27,0 w Budapeszcie 35,7; w Tryjeście 30,6; w Pradze 29,5; w Berlinie 42,1; w Wrocławiu 46,0; w Gdańsku 31,1; w Mnichowie 32,8; w Dreźnie 30,0; w Lipsku 24,7; w Bazylei 14,7; w Brukseli 19,5; w Amsterdamie 23,7; w Paryżu 22,9; w Kopenhadze 25,0; w Stokholmie 18.8; w Chrystyjanii 21,7; w Petersburgu 31,8; w Odesie 40.9; w Rzymie 24.4; w Bukareszcie 27,0; w Madrycie 46,0 w Lizbonie 35,4; w Nowym Yorku 25,5; w Filadelfii 19 6; w Bombaju 20,7.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 16 sierpnia. Odbieramy następujące pismo z Komisyi antropologicz..éj Akademii Umiejętn. w Krakowie:

„Komisyja antropologiczna Akademii Umiej. w Krakowie między innemi swemi zadaniami przedsięwzięła badania względem trwania życia ludności galicyjskiéj. Korzystając z dostępnego dla siebie materyjału, a mianowicie z wykazu zmarłych w księgach Magistratu, dokonała ona tego odnośnie do ludności Krakowa. Gdy atoli poza ten zakres działanie jéj rozciągać się nie może, widzi się zatém zmuszoną odwołać się w téj mierze do pomocy życzliwych nauce pracowników. Nie wymaga to wprawdzie szczególnych wiadomości lekarskich, tém bardziéj że każdy trudniący się statystyką może być w tém interesowanym; mimo to liczyć ona musi najwięcéj na udział lekarzy powiatowych lub miejskich i do nich téż zwraca przedewszystkiém swą prośbę. Zkądkolwiek jednak otrzymałaby przychylne oświadczenie, przyjmie je z równą wdzięcznością. Oświadczenie takie życzliwy współpracownik zechce nadesłać pod adresem Akademii Umiejętn. w Krakowie, z oznaczeniem zakresu czasu i miejsca w jakim obliczenie swoje rozciągać zamierza. Oświadczającemu gotowość swoję do udziału w téj pracy nadesłaném będzie opracowanie dokonane w téj mierze odnośnie do ludności Krakowa, z którego będzie mógł powziąść wiadomość o użytéj metodzie i innych szczegółach koniecznych dla ujednostajnienia poglądu. Nie tajemy sobie, że praca taka jest mozolną, jeżeli ma być ścisłą; nie wątpimy jednak że miłość nauki i pożytek jaki z zastósowania otrzymanych wypadków może wyniknąć dla kraju, staną się dostateczną pobudką do chętnego jéj podjęcia“. Dr. J. Majer.

Cel tego wezwania jest tak jasny, pobudki tak szlachetne i wzniosłe, że grono pracowników światłych i chętnych, o czém wątpić nie należy, odpowie Komisyi antropologicznéj podjęciem się zaszczytnego i pożytecznego współpracownictwa.

W Krynicy do d. 8 sierpnia przybyło osób 2810.

W Cieplicach czeskich do 5 sierpnia bawiło osób 7965.

W Gieshüblu do d. 6 sierpnia bawiło osób 100.

W Luchaczowicach do d. 4 sierpnia było gości kąpielowych osób 990.

* W ostatnich dwóch miesiącach czytaliśmy w polskich dziennikach nielekarskich nader częste wiadomości o śmiertelnéj cholerynie, która podług autorów tych wiadomości dziś już przybiéra charakter prawdziwéj cholery. Poinformowaliśmy się u osób kierujących krajowemi szpitalami oraz w Biurze sanitarném Namiestnictwa i z łaskawie udzielonéj nam wiadomości wyjmujemy ustęp dotyczący tego przedmiotu: „O cholerze mowy nawet nie ma, gdyż nie było ani jednego wypadku; choleryna panowała dość silnie, szczególnie między żołnierzami garnizonu lwowskiego i izraelitami w czasie ostatnich wielkich upałów; co do starozakonnych, dodać należy, że choleryna wybuchła między niemi po odbyciu nader ostrego postu, który właśnie w czasie tych upałów przypadał. Obecnie pojawia się choleryna sporadycznie, ale lekka; ani jednego wypadku śmierci nie stwierdzono.“

Rzecz cała redukuje się więc do corocznie panującéj u nas choleryny w czasie upałów i dojrzewających owoców, zachodzi może tylko różnica stopnia; zastósowaniem zasad elementarnych dyjetetyki sama ludność położy kres téj więcéj niepokojącéj aniżeli groźnéj chorobie.

* Godny głębokiego zastanowienia się wypadek z zakresu sądowo-lekarskich czynności w Niemczech opisał Dr. Kohn. 24-letni mężczyzna, cierpiący od urodzenia na padaczkę z następowém ogłupieniem, kilkakrotnie był zasądzony na więzienie. Pierwszy raz odsiedział 14 dni za kradzież jako 12-letni chłopak, drugi raz 6 miesięcy za pobicie matki; przy wypuszczeniu z więzienia lekarz uczynił na piśmie uwagę, że były więzień cierpi na silną padaczkę i jest niepoczytalny; pomimo tego tenże sam sąd po 3ch kwartałach ponownie skazał tego biedaka na 9 miesięcy więzienia za pobicie matki. Po odsiedzeniu więzienia władze więzienne nie odważyły się bez opieki wypuścić tego człowieka, ze względu na stan jego umysłu. Nazajutrz po powrocie do domu ten nieszczęśliwiec pobił matkę i siostry, a tenże sam sąd skazał go na 4 lata więzienia, lecz władze więzienne nie miały odwagi brać odpowiedzialności i posłały więźnia tam, gdzie należało było umieścić go jeszcze przed kilku laty, t. j. do szpitala obłąkanych. Tak bywa w Niemczech, pomimo, że liczba przeciętna ludzi wykształconych, z których wybierają się sędziowie przysięgli, jest niewątpliwie wyższą u Niemców, aniżeli u innych narodów. Przyznać należy, że przed kratkami nierzadko zdarzają się sprawy tak psychicznie zawiłe, że stopień umysłowego uzdolnienia ławy nie jest w stanie ich pokonać.

* Stały sekretarz paryzkiéj Akademii nauk otrzymał od ministra spraw wewnętrznych wezwanie sporządzenia listy osób, które zginęły lub okaleczały w skutek wypadków zaszłych przy naukowych badaniach. Rząd Rzeczypospolitéj zamierza dać wdowom i dzieciom nieszczęśliwych badaczy dożywotnie pensyje.

* Smutny lecz pełny cierpkiéj nauki wypadek opisuje „Dniewnik Warszawski“. Do wsi Sarnowa w powiecie Łaskim przybył w czerwcu felczer z dwoma strażnikami i sołtysem w celu odbycia przymusowego szczepienia. Niechętni téj operacyi rodzice skryli dziatwę; strażnikom powiodło się odszukać 24 z nich, z tych jeden chłopak zdołał ujść do lasu, tak że felczer zaszczepił tylko 23 dzieci. Wszystkie te dzieci pomarły na zakażenie krwi, w skutek tego, że felczer szczepił nieczystym instrumentem. Felczera uwięziono i wytoczono śledztwo. Rządowe źródło téj wiadomości i przytoczenie szczegółowe miejscowości każą wierzyć. że nie mamy do czynienia z bajką, tém więcéj, że przypadki śmiertelnego zakażenia w skutek operowania instrumentem, na którym znajdowała się zaschła posoka. są znane. W nieszczęśliwym wyżéj opisanym wypadku łatwiéj da się wytłumaczyć 23 przypadków śmierci na 23 szczepionych użyciem zakażonéj limfy, gdyż i wypadki zbierania limfy szczepiennéj z pustuł prawdziwéj ospy niestety także zdarzają się.

* Fizyk Kamerer uczynił przedstawienie wiedeńskiéj Radzie miejskiéj, ażeby prawnie zapobiegła zawijaniu towarów

w papier zapisany, zadrukowany, słowem brudny, jakto miewa miejsce w korzennych sklepach, gdyż tą drogą szerzyć się może przyrzut.

* Nakładem Urbana i Schwarzenberga we Wiedniu wyjdzie niezadługo dziełko Dra Schreibera w Aussee pt. „Paryż lekarski.“ Mieliśmy sposobność przejrzenia rękopismu i nabyliśmy przekonania, że dziełko to będziedla każdego lekarza pożądanym przyczynkiem do wyjaśnienia stosunków lekarskich w ogólności a szkół lekarskich i szpitali w Paryżu w szczególności, a zarazem cennym przewodnikiem dla każdego, nieobeznanego ze stosunkami francuzkiemi.

* *W. med. Wochenschr.* donosi, że nadspodziewanie prof. Bergmann w Würzburgu w ostatniéj chwili odmówił przyjęcia katedry w Berlinie.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin.** Rektorem uniwersytetu na rok przyszły obrany został du Bois-Reymond, a dziekanem Wydziału lek. Bardeleben; profesorami nadzw. zaś mianowani zostali asystenci Frerichsa Drowie Ehrlich i Brieger. — **Wiedeń.** Właśnie rozpoczęło się przebudowanie Zakładu anatomii patologicznéj.

* **Mianowania i odznaczenia.** Tytuł radców rządowych otrzymali prof. weterynaryi Dr. Forster i lekarz zakładu terczyjańskiego we Wiedniu Dr. Pleniger.

* **Nekrologija.** W Mureaux umarł Dr. Pidoux członek Akademii lekarskiéj w Paryżu, honorowy lekarz szpitali paryzkich, b. inspektor wód Eaux Bonnes.—W Królewcu umarł prof. ginekologii Dr. Hildebrandt, a w Berlinie tajny radca sanitarny Dr. Lövinsohn w 51 roku życia, właściciel zakładu pod Berlinem i zasłużony autor pierwszego dzieła o morfinicy.—W Ragatyn umarł jeneralny lekrz armii bawarskiéj Dr. Feder.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 32: Buszyńskiego: Plamica złośliwa czyli ostry rozkład krwi. (*Morbus maculosus malignus*). — *Gazety Lekarskiéj* Nr. 32 nie otrzymaliśmy.

W zastępstwie redaktora **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	4 „	6 „

Kraków, 26 sierpnia 1882. **№ 34.** Rok XXI.

I. Sposób dokładnego oznaczania ilości treści płynnéj w żołądku ludzkim w celach klinicznych i fizyjologicznych.

Podał Dr. Walery Jaworski.

Badanie granic i pojemności żołądka było i bywa często przedmiotem licznych rozpraw klinicznych, podczas gdy niemniéj ważne pytanie o każdoczesnéj ilości nagromadzonego płynu w żołądku dotąd jeszcze dostatecznie wyczerpnięte nie zostało. Zwykle w tym kierunku zadowalniamy się badaniem jakościowém, poprzestając na stwierdzeniu obecności lub nie obecności płynu w żołądku, a uskuteczniamy to zwykle dwoma sposobami. Pierwsza metoda, polegająca na wywołaniu chlupania płynu, powstającego przez wstrząsanie ścian brzusznych, jest z tego powodu niedostateczną, że w razie nagromadzonego płynu w narządach sąsiednich daje powód do błędnego oryjentowania się. Druga metoda, służąca według Rosenbacha (*Volkmann: Klinische Vorträge.* H. 153) właściwie do oznaczenia poziomu płynu w żołądku, polega na tém, że przez ściskanie balonu umieszczonego na górnym końcu sondy wsuniętéj do żołądka, wywołuje się w nim szmery; jest ona już o wiele pewniejszą do stwierdzenia płynu w żołądku, gdyż przy mniejszéj ilości nagromadzonego płynu daje dodatne wyniki. Tę metodę zmieniam dla wygody w ten sposób, że zakładam w koniec sondy zamiast balonika korek z rurką kauczukową i podczas gdy uchem wysłuchuję okolicę żołądka, ustami w odstępach wdymam przez rurkę do żołądka powietrze. Jeżeli w żołądku znajduje się chociażby kilka Ccm. płynu, to dają się słyszeć grubo bańkowe rzężenia często z podźwiękiem metalicznym.

Przez żadną z powyższych metod nie można sobie wytworzyć pojęcia o ilości nagromadzonego płynu. Przy wielu jednak kwestyjach tak fizyjologicznych jakoteż klinicznych ważną rzeczą jest znać ilość płynu w żołądku ludzkim i każdoczesną jego zmianę, do czego przy doświadczeniach na zwierzętach dochodzi się przez podwiązanie odźwiernika i wypróżnienie żołądka po zabiciu zwierzęcia. Zdawałoby się, że robiąc w tym kierunku doświadczenia na ludziach, można polegać li tylko na wypróżnieniu żołądka sondą przy pomocy pompy aspiracyjnéj. Jednak liczne doświadczenia pouczyły mnie, że postępując w ten sposób, pozostaje jeszcze w żołądku zawsze znaczna ilość płynu. Przy wielu doświadczeniach nie wiele wpływałaby ta pozostała ilość płynu w żołądku na otrzymane wypadki, gdyby ona za każdym razem została jednakową. Tymczasem, jak niżéj przytoczone doświadczenia wykazują, nie ma to nigdy miejsca, pomimo użycia tych samych przyrządów i tych samych ostrożności na téj saméj osobie. Ilość pozostałego płynu w żołądku innym sposobem obliczona wypada za każdém doświadczeniem odmiennie; a nawet wprowadziwszy do żołądka po pierwszéj aspiracyi 100Ccm płynu, to przy ponowném wyciąganiu nie otrzyma się wprowadzoną ilość cieczy, lecz mniéj lub więcéj niż 100Ccm. To też na metodzie li tylko aspiracyjnéj przy ściślejszych oznaczeniach ilości płynu w żołądku polegać nie można.

Ponieważ jednak przy moich poszukiwaniach nad zachowaniem się rozmaitych soli i wód mineralnych w żołądku było koniecznem znać dokładnie całkowitą ilość płynu w nim zawartego, wyszedłem w celu oznaczenia téjże z następującéj zasady: Jeżeli w żołądku znajduje się pewna ilość płynu a wprowadzoną zostanie do tegoż odmierzona ilość rozczynu o znanéj zawartości ciała w nim rozpuszczonego, lub jeżeli już w żołądku znajduje się rozczyn o znanéj zawartości ciała rozpuszczonego w odsetkach wyrażonéj, a wprowadzi się jeszcze doń odmierzoną ilość wody przekroplonéj, to następuje rozcieńczenie tegoż, a ze stopnia powstałego rozcieńczenia można wnioskować o pierwotnéj ilości płynu w żołądku. Te dane przeniesione we formę matematyczną przedstawiają się w ten sposób:

x oznacza całkowitą szukaną ilość płynu w żołądku wyrażoną w Ccm;

y całkowitą ilość jakiegoś ciała w x rozpuszczonego, wyrażoną w gramach.

p_1 ilość tego samego ciała w cieczy x wyrażoną w odsetkach, a oznaczoną po aspiracyi pewnéj części płynu ze żołądka;

M wprowadzoną ilość rozczynu do żołądka wyrażoną w Ccm.;

P całkowitą zawartość ciała rozpuszczonego w M, a wyrażonego w gramach;

p_2 odsetkową zawartość tego samego ciała po wymięszaniu płynów M i x w żołądku, zatém zawartość rozczynu $(x + M)$ w odsetkach wyrażoną, co po drugiéj aspiracyi należy oznaczyć. Z tych dat zestawia się następująca proporcyja: $x : 100 = y : p_1$, ztąd

$$y = \frac{p_1}{100} x$$

Na téj saméj zasadzie polega następująca proporcyja:

$$x + M : 100 = y + P : p_2$$

a podstawiwszy tu powyższą wartość za y otrzymamy

$$x + M : 100 = \frac{p_1}{100} x + P : p_2$$

Rozwiązując tą proporcyją podług x otrzyma się wzór:

I. a. $$x = \frac{100\ P - p_2\ M}{p_2 - p_1}$$

Wprowadzając do żołądka 100 Ccm. jako najdokładniejszą ilość płynu oznaczającego będzie $M = 100$ a wzór powyższy przejdzie na:

I. b. $$x = 100\ \frac{P - p_2}{p_2 - p_1}$$

Obadwa powyższe wzory służą do obliczenia ilości x płynu w żołądku, jeżeli już w nim znaną jest p_1 zawartość ciała rozpuszczonego np. Cl, kwasu lub zasady w odsetkach, a wprowadza się potém rozczyn M tego samego ciała rozpuszczalnego o zawartość P, przyczém jednak zawartość odsetkowa płynu M musi być większą, niż w płynie żołądkowym x, gdyż już w razie $P = p_1$ musi według wzoru I. b. $p_2 = p_1$ a wzór sam przybiera nieoznaczoną wartość $x = \frac{0}{0}$.

Korzystniej jest wprowadzić do żołądka w rozczynie M taką sól rozpuszczalną, która się w jego treści nieznajduje np. rozpuszczalne siarkany, fosforany, połączenia żelaza, a po wymięszaniu rozczynów w żołądku powstałe rozcieńczenie mięszaniny oznaczyć. W tym przypadku $p_1 = 0$, dla tego wzory I. a. i I. b. przejdą na:

II. a. $$x = 100\ \frac{P}{p_2} - M \quad \text{i}$$

II. b. $$x = 100 \left(\frac{P}{p_2} - 1\right)$$

Jeszcze prościéj przedstawia się postępowanie, jeżeli w wydobytéj treści żołądkowéj oznaczy się zawartość odsetkową któregoś w niéj rozpuszczonego ciała, a potém wprowadzi się odmierzoną ilość M wody przekroplonéj, a po wymięszaniu oznaczy się rozcieńczenie p_2. Natenczas to jest $P = 0$ a wzory I. a. i I. b. przechodzą na:

III. a. $$x = \frac{p_2\ M}{p_1 - p_2} \quad \text{i}$$

III. b. $$x = 100\ \frac{p_2}{p_1 - p_2}.$$

Podług tych teoretycznych rozumowań i wzorów przedsięwziąłem na młodym mężczyźnie w mojéj pracowni chemicznéj szereg oznaczeń z zachowaniem wszelkich ostrożności wskazanych nauką przy doświadczeniach i rozbiorach chemiczno-fizyjologicznych.

A) Oznaczenia pojedyńcze.

Rozmaitość dat w doświadczeniach tego i następnych szeregów ma swą przyczynę w tém, że obok oznaczeń ilości płynu w żołądku miano także wzgląd na wessanie czynników chemicznych wprowadzonych weń. Aspiracyję brano za pomocą pompy ssącéj wodnéj według zasady Bunsena; sondy używano z okienkami na końcu, sporządzonéj z miękkiego czerwonego kauczuku, wymytéj przed wprowadzeniem dokładnie wodą przekroploną; ciecz aspirowana wpływała do flaszki osuszonéj; aspiracyję uskuteczniano między godziną 8 a 10 rano w żołądku czczym, tak że ani razu nieznaleziono o téj porze śladu resztek pokarmów, gdyż doświadczany mężczyzna spożywał regularnie wieczerzę składającą się z mleka kwaśnego lub słodkiego, lub zupy o godzinie 8 wieczorem.

a. Doświadczenia polegające na zastosowaniu wzorów.

$$x = \frac{100P - p_2\ M}{p_2 - p_1},\ \text{lub}\ x = 100\ \frac{P - p_2}{p_2 - p_1},$$

w których ogólne wyrazy P, M, p_1, p_2 mają znaczenie wyżéj wymienione.

Doświadczenie 1. W godzinę po wprowadzeniu do żołądka 500 Ccm. rozczynu zawierającego Na_2SO_4 i $MgSO_4$, wyciągnięto z tegoż aspirując o ile to tylko możliwém było 80,5Ccm. płynu obojętnego, którego zawartość odsetkowa chlorków, oznaczona dziesiętnonormalnym rozczynem azotanu srebrowego według Mohra odpowiadała 28,5Ccm. $= p_1$ (gdyż 10Ccm. na połowę rozcieńczonego i przesączonego płynu żołądkowego spotrzebowały 1,4Ccm. a inne 25 Ccm. płynu 3,6Ccm. rozczynu srebrowego). Gdy już ani po kilkakrotném przesuwaniu sondy, pomimo ciągłego działania pompy, ciecz ze sondy nieprzeciekała do flaszki, wprowadzono przez tąż samą sondę 100Ccm. rozczynu NaCl, odpowiadającego 175,5Ccm. rozczynu dziesiętnonormalnego $AgNO_3 = P$ (gdyż na 10Ccm. rozczynu zużyto 17,55Ccm. rozczynu srebrowego); poczém przez sondę wprowadzono przeszło przez minutę bańkami pół litra powietrza z flaszki służącéj do wywiązania gazów, wlewając do niéj przez lejek wodę; sondę kilkakrotnie przesunięto, następnie tak długo aspirowano, jak długo się ciecz ukazywała. Ciecz wyciągnięta w ilości 111Ccm. odpowiadała na 100Ccm. 133,2 Ccm. rozczynu dziesiętnonormalnego $AgNO_3 = p_2$ (dwa oznaczenia po 20Ccm. cieczy żołądkowéj na połowę rozcieńczonéj i przesączonéj zużyły 13,30 i 13,35Ccm. rozczynu srebrowego). Po wstawieniu znalezionych ilości w powyższe wzory otrzyma się:

$$x = 100\ \frac{175,5 - 133,2}{133,2 - 28,5} = 40,04\ \text{Ccm.}$$

jako ilość cieczy żołądkowéj, którą za pomocą sondy wydostać nie można było. Ilość zaś całkowita cieczy znajdującéj się w żołądku w czasie aspiracyi wynosi:

$$81,5 + 40,04 = 120,54\ \text{Ccm.}$$

Doświadczenie 2. W drugiém doświadczeniu wypiła osoba badana 500Ccm. wody przekroplonéj przy ciepłocie 10,5°C. Po upływie 15 minut wyciągnięto jeszcze 236Ccm. płynu, który odpowiadał 23,5Ccm.% rozczynu dziesiętnonormalnego azotanu srebrowego $= p_1$ (w dwóch oznaczeniach po 20Ccm. przesączonéj cieczy znaleziono 4,70 i 4,75 rozczynu srebrowego).

Po wprowadzeniu 100Ccm. rozczynu NaCl odpowiadają-

cego 174Ccm. rozczynu dziesiętnonormalnego $AgNO_3$ = P i zwykłém wymięszaniu, zdołano wyciągnąć 104Ccm. płynu, który odpowiadał 120Ccm.% rozczynu srebrowego $= p_2$ (dwa oznaczenia po 10Ccm. cieczy żołądkowéj, na połowę wodą przekroploną rozcieńczonéj i przesączonéj zużyły 6,05 i 6.00Ccm. rozczynu srebrowego). Otrzymane wartości dają następujący wypadek:

$$x = 100 \frac{170 - 120}{120 - 23,5} = 51,8 \text{ Ccm.}$$

pozostałéj cieczy w żołądku; ztąd całkowita ilość cieczy w żołądku w czasie aspiracyi:

$$236,0 + 51,8 = 287,8\text{Ccm.}$$

b. Doświadczenia polegające na zastosowaniu wzorów:

$$x = 100 \frac{P}{p_2} - M \text{ lub } x = 100 \left(\frac{P}{p_2} - 1\right)$$

Doświadczenie 3. Po wprowadzeniu 1083Ccm. ozonu do czczego żołądka zdołano w celu oznaczenia ilości wydzielonéj treści w pół godziny późniéj wyciągnąć 23,5Ccm. płynu. Potém wprowadzono do żołądka 100Ccm. rozczynu $Na_2 SO_4$ odpowiadającego 0,878 $BaSO_4$ = P, a po zwykłém wymięszaniu zdołano wyciągnąć 76Ccm. płynu odpowiadającego 0,3904% $BaSO_4 = p_2$ (25Ccm. na połowę rozcieńczonéj i przesączonéj cieczy dały 0.0488 $BaSO_4$).

Otrzymane ilości w powyższe wzory wstawione dają

$$x = 100 \left(\frac{0,8780}{0,3904} - 1\right) = 124,6 \text{ Ccm.}$$

pozostałego płynu w żołądku; a ztąd całkowita ilość nagromadzonego w nim płynu wynosi:

$$23,5 + 124,6 = 148,1\text{Ccm.}$$

Doświadczenie 4. W ćwierć godziny po wypiciu 500Ccm. przesączonéj wody flaszkowéj ze źródła Rakoczego w Kisindze i ogrzanéj do 50°C. zdołano ze żołądka wyciągnąć 180Ccm. płynu. Potém wprowadzono 100Ccm. kwasem solnym nieco zakwaszonego z drutu fortepianowego świeżo otrzymanego rozczynu $FeCl_2$, odpowiadającego 0,554 Fe_2O_3 = P (w dwóch oznaczeniach po 10Ccm. z HNO_3 gotowanego, zobojętnionego i octanem sodowym strąconego płynu znaleziono 0,0556 i 0.0553 Fe_2O_3). Po jednominutowém wymięszaniu płynów w żołądku zdołano wyciągnąć 45Ccm. żółtawego płynu, odpowiadającego 0,3485% $Fe_5O_3 = p_2$ (w 40Ccm. płynu żołądkowego niesączonego z HNO_3 kilkakrotnie wygotowanego, w łaźni wodnéj do suchości odparowanego i z Na_2CO_3 wyżarzonego, potém we wodzie królewskiéj rozpuszczonego, za pomocą Na_2CO_3 zobojętnionego, znaleziono po strąceniu octanem sodowym 0,1394 Fe_2C_3).

Z tych wartości oblicza się:

$$x = 100 \left(\frac{0,5540}{0,3485} - 1\right) = 59\text{Ccm.}$$

pozostałego płynu, czyli ztąd wynosi całkowita ilość płynu w żołądku w czasie aspiracyi się znajdująca

$$180 + 59 = 239\text{Ccm.}$$

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. O wycinaniu odźwiernika.

Wykład kliniczny.

Podał Dr. Rydygier.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

Mimo to wszystko znalazłaby się jeszcze znaczna liczba przypadków odpowiednich do operacyi, gdyż raka odźwiernika znachodzimy dość często: stanowi on 60% wszystkich raków żołądka (Leube l. c. str. 130), gdyby tylko dość wcześnie rozpoznano i przekazano odpowiednie przypadki do operacyi. Niestety rozpoznanie raka odźwiernikowego, mianowicie w jego początkach, jest jeszcze bardzo niepewném. Mojem zdaniem jest dozwolonem wykonać laparotomiję w przypadkach, gdzie mamy uzasadnione podejrzenie, raz dla tego, żeby się przekonać, czy w ogóle mamy do czynienia z rakiem odźwiernika, a powtóre czy przypadek ten odpowiedni jest do operacyi. Z powyżéj wzmiankowanych 20 laparotomij Billrothowskich w raku odźwiernika ani jedna nie zakończyła się śmiercią, tak samo żadna z moich, ani Bardenhauerowskich, ani Czernego. Co téż się zupełnie zgadza z ogólném doświadczeniem, że laparotomije wykonane podług zasad antyseptyki nie są wcale niebezpieczne. Czy w przyszłości może nam się uda i bez laparotomii wcześniéj i pewniéj rozpoznać w mowie będące cierpienie, bądź to za pomocą przyrządu Mikulicza, skonstruowanego podług zasad Nitzego, lub na innéj drodze, o tém nie chcę przesądzać, rozstrzygnąć tu musi przyszłe doświadczenie. Tyle pewno, że winniśmy do operacyi tylko takie przypadki wybierać, w których nie ma żadnych znaczniejszych zrośnień rakowatych z przyległymi narządami, ani żadnych przerzutów. Niestety nie zawsze uda nam się to rozstrzygnąć przed otworzeniem jamy brzusznéj, a w wyjątkowych przypadkach, jak np. Lückego, po oddzieleniu przyczepów więzadłowych żołądka wielkiéj i małéj sieci, jeszcze stan dokładny nie będzie zupełnie jasny. Są to atoli rzadkie wyjątki, a zwykle po otworzeniu jamy brzusznéj będziemy mogli orzec, czy przypadek jest odpowiedni do operacyi lub nie.

Jako pewne przeciwwskazanie uważamy razem z Billrothem i innymi zrośnienie zrakowaciałego odźwiernika z trzustką. Musielibyśmy w takich przypadkach część trzustki razem z rakiem wyciąć, chcąc wycięcie uskutecznić w granicach zdrowéj tkanki. To zaś uważa Wölfler (l. c.) za niebezpieczne z następujących przyczyn: 1) Doświadczenie poucza nas, że po podwiązaniu części gruczołu przyusznego następuje nieraz zastraszające obrzmienie całéj pozostałéj reszty i liczne małe ropnie, powodujące często obumieranie części mniejszych lub większych gruczołu; coś podobnego mogłoby nastąpić po wycięciu kawałka trzustki. 2) Należy się obawiać wpływu trawiącego i rozpuszczającego tworzącą się bliznę, jaki mieć może sok wypływający z naciętéj trzustki. Ledderhose (l. c. str. 272) dodaje do tych przez Wölflera podanych przyczyn, dla których uważa wycięcia trzustki za niebezpieczne, jeszcze następujące: 3) znaczniejszy krwotok; 4) wielką skłonność do gnicia części obumarłych trzustki. Wypłynienie soku z naciętéj trzustki, o którém jeszcze Ledderhose wspomina, wyraża to samo, co Wölfler na drugiém miejscu już powiedział.

Chcąc bliżéj zbadać, czy i w jaki sposób powyżéj wymienione niebezpieczeństwa utrudniają wykonanie operacyi z dobrym skutkiem, podjąłem szereg doświadczeń na psach, których krótki opis na końcu téj rozprawy zamieszczam. (Dodatek II.).

Na tém tu miejscu podaję tylko pokrótce wyniki moich doświadczeń o ile dotyczą owych 4 punktów.

1) Psy znoszą wycięcie mniejszych kawałków trzustki zupełnie dobrze, jeżeli tylko przewodu trzustkowego nie uszkodzimy (zob. 3 i 9 dośw.), jak to stwierdzają niektóre doświadczenia Wehra, gdzie także części trzustki były nieraz wycinane bez najmniejszego złego wpływu).

Przeciwnie zaś wycięcia kawałka z całéj grubości gruczołu, przyczém zawsze przewód trzustkowy naturalnie przecinamy, są bardzo niebezpieczną operacyją nawet dla zdrowych psów: z 5 psów w ten sposób operowanych tylko jeden został przy życiu, a reszta skończyła na zapalenie posocznicze otrzewny. Dwa psy tak operowane zabiłem 6 dnia, żeby się przekonać o stanie trzustki w tym czasie (zob. opisy doświadczeń).

2) O nabrzmieniu i zropnieniu pozostałéj części trzustki czego się Wölfler obawia, nic stanowczego powiedzieć nie mogę: w 10 i 11 mojém doświadczeniu, w których to psy 6 dnia po wycięciu zabiłem, nie natrafiłem na nic podobnego; widziałem tylko ropnie naokoło otorbielających się podwiązek.

3) Doświadczenia nasze wykazują, że należy stanowczo odrzucić zdanie, jakoby sok wypływający z naciętéj trzustki miał mieć wpływ niekorzystny na nowo tworzącą się bliznę. W 2 i 3 doświadczeniu połączyliśmy dla tego wycięcie kawałka trzustki z wycięciem odźwiernika, a do 1 doświadczenia użyliśmy psa, na którym kilka miesięcy poprzednio wykonano wycięcie odźwiernika; a mimo to nie widzieliśmy w tych przypadkach żadnego złego wpływu soku trzustki. Również w odpowiednich doświadczeniach Wehra tego dostrzedz nie mogliśmy.

4) Krwotok jest cokolwiek znaczniejszy, jeżeli razem z odźwiernikiem wytniemy kawałek trzustki, można go atoli u psów z łatwością zatrzymać.

5) Nasze doświadczenia na psach potwierdzają obawę Ledderhosego pod względem złego wpływu obumarłych części trzustki prędko gnijących: z 5 psów, którym wycięto kawałki trzustki z całéj grubości gruczołu, a pozostawioną część kleszczykami pognieciono, 4 zakończyły na zapalenie otrzewny posokowate.

Przy téj sposobności badałem jeszcze jedno pytanie, o jakiém też już Ledderhose wspomina: jak się zachowują kawałki trzustki przeszczepione w jamę brzuszną innego zwierzęcia? doświadczenia moje 4 i 6 wykazują, że świeże kawałki trzustki, choćby zmiażdżone, zupełnie tak tamo się zachowują, jak inne przedmioty już dawniéj antyseptycznie przeszczepiane przez Hegara, Tillmannsa, Rosenbergera, Olshausena i innych, nie wywołując żadnéj reakcyi.

Wiem dobrze, że wyniki powyższych doświadczeń moich nie możemy bez wszystkiego wprost do człowieka zastosować, tém mniéj, że u zdrowego psa stosunki są przecież inne niż u człowieka tu właśnie cierpiącego. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

A. Fournier: **De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (Tabes specifique). Leçons cliniques professées à l'hôpital Saint Louis.** Paris. 1882. G. Masson, éditeur. W 8ce, str. 396.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

4) ***Zboczenia w ruchach z miejsca na miejsce*** są dwojakie: jedne należą do niedowładu a objawiają się uczuciem ciężkości, otrętwienia, osłabienia, zmęczenia po krótkim nawet ruchu tak, iż chorzy nie mogą dłużéj chodzić, szczególniéj zaś męczą się po schodach. Wszelkie te dolegliwości znikają po niejakim czasie okazując w tém analogiję do porażeń mięśniów ocznych, o których mówiliśmy poprzednio. Drugie zboczenie dotyczy niepewności ruchów z miejsca na miejsce po ciemku, co wprawdzie przed bezładem występuje w ogólności rzadko, ale ze względów praktycznych zasługuje na uwagę.

5) ***Co do zboczeń wzroku*** należy pamiętać: *a*) że wiąd pacierzowy kiłowy może się rozpoczynać zboczeniami w zakresie wzroku, i że te zboczenia mogą być nader długo jedynym objawem choroby a *b*) że występują one częściéj w początkach, niż w późniejszych okresach choroby.

Zboczenia wzroku są trojakie: *a*) niedowidzenie, *b*) zwężenie pola widzenia, *c*) trudność rozróżniania barw. Niedowidzenie występuje powoli, bardzo często nierównocześnie na obydwóch oczach i nabierając coraz większego stopnia przechodzi nakoniec w zupełną ślepotę. Zwężenie pola widzenia odbywa się dośrodkowo. Zdolność rozpoznawania barw osobliwie czerwonéj i zielonéj zmniejsza się i znika nieraz w samym początku choroby, nierzadko dopiero bardzo późno. Na podstawie dat statystycznych zebranych przez Gałęzowskiego upływa od osłabienia aż do zupełnéj utraty wzroku w przypadkach prędko postępujących od 18 miesięcy do 2 lat, w przypadkach zaś powolnych od 5 do 6 lat.

Pod względem rokowania i leczenia, jest jak łatwo zrozumieć, rzeczą nader ważną, rozpoznać zawczasu zboczenia, o których mowa tak co do ich pochodzenia z wiądu pacierzowego jak i właściwéj przyczyny tj. kiłę nie uważać za cierpienie czysto miejscowe narządu wzrokowego.

6) ***Zboczenia żołądkowe*** występują czasem przed bezładem ruchowym a w bardzo rzadkich przypadkach są nawet pierwszym objawem choroby. Trojaka ich jest postać: wymioty, bóle i kolki żołądkowe.

Wymioty występują na pozór bez żadnéj całkiem przyczyny i prowadzą do oddawania naprzód spożytych pokarmów lub napojów, jeśli pora po temu a następnie śluzu i materyi żółtawéj lub zielonawéj tj. żółcią zabarwionéj. W tym okresie żołądek bezwarunkowo nic nie znosi. Wymioty te powtarzają nieraz w ciągu kilku dni.

Bóle żołądkowe polegają na kurczach żołądka i przypominają bardzo pospolite kurcze czyli bóle nerwowe żołądka.

Kolki żołądkowe składają się z bólów przypominających również kurcze żołądka, bardzo gwałtownych i daleko się rozpromieniających, z wymiotów i zbierania się na wymioty od nich samych jeszcze przykrzejszego i oddziaływania całego ustroju jak zmiany oddychania, przyspieszenia tętna, wyrazu twarzy ciężką boleść malującego i rozmaitych pozycyj ciała, jakie chory przybiera, by sobie jak najbardziéj ulżyć dolegliwości. Skurczenie się jak największe zwykle chorym najlepiéj dogadza. Kolki żołądkowe gwałtownością swoją w wiądzie pacierzowym kiłowym najpodobniejsze są do morzyska z kamyczków żółciowych lub nerkowych. Znamieniem ich jest, że jak powstają nagle, tak samo nagle znikają i że po ich ustaniu żołądek wraca natychmiast do prawidłowéj swéj czynności. Kolki żołądkowe trwają zwykle od 1 do 3 dni, niekiedy dłużéj, prawie atoli nigdy nie nad tydzień, występują nieregularnie; w ogólności z postępem choroby stają się coraz częstsze. Zresztą wszystkie trzy formy mogą łączyć się w rozmaity sposób u tego samego chorego.

Godzien wspomnienia jeden przypadek przez Fourniera postrzegany, gdzie zboczenie żołądkowe w wiądzie pacierzowym kiłowym objawiało się bólami, zbieraniem się na wymioty i oddawaniem przez żołądek do góry gazów w znacznéj ilości.

Pod względem terapeutycznym zasługuje na uwagę, iż wszystkie te zboczenia żołądkowe opierają się stanowczo wszelkiemu leczeniu przypadowemu i że jedynie wstrzyki-

wania podskórne morfinu sprawiają w nich niejaką ulgę, prędko zresztą przemijającą.

7) ***Zboczenia w czynnościach krtani*** liczą się do bardzo rzadkich przypadów kiłowego wiądu pacierzowego. Związek ich z wiądem odgadnął dopiero w roku 1868 po raz pierwszy Féréol. Pojawiają się one w trojakiéj formie: jako kaszel kurczowy, napad duszenia i bezdech nagły.

Kaszel kurczowy, w wielu razach do kokluszu bardzo podobny, ma wszystkie znamiona kaszlu nerwowego i nie towarzyszy mu żaden nieżyt dróg oddechowych ani inne zboczenie materyjalne. Przyczyna napadów jest rozmaita: zadziałanie powietrza zimnego na drogi oddechowe, zetknięcie się przedmiotów zimnych ze skórą, mocne wonie a niekiedy wzruszenie psychiczne. Oczywistą jest rzeczą, iż dotąd bardzo często nie poznawano się na prawdziwém znaczeniu owego kaszlu kurczowego w kiłowym wiądzie pacierzowym.

Napady duszenia pojawiają się zazwyczaj niespodziewanie i dochodzą nagle do swego szczytu wywołując wszystkie następstwa utrudnionego oddychania, niekiedy nawet ataki padaczkowate. Jak powstają nagle, tak również nagle znikają bez zostawienia śladu po sobie.

W bezdechu przychodzi do takiego kurczu krtani, iż oddychanie ustaje zupełnie, chory traci przytomność i wśród lub bez drgawek padaczkowatych omdlewa zupełnie. W jednym takim przypadku Krishaber w Paryżu musiał wykonać tracheotomiją, by ratować chorego.

Pod trzema względami napady krtaniowe podobne są do przypadów żołądkowych tj., że występują w napadach oddzielonych od siebie przestankami, w których nie można wykryć żadnego zboczenia w drogach oddechowych, że z postępem choroby napady są coraz częstsze i że nakoniec ani napady ani ich trwanie nie dadzą się nigdy przewidzieć. W niektórych przypadkach obserwowano z przypadami krtaniowemi porażenia rozmaitego stopnia mięśniów krtaniowych; zazwyczaj atoli przypady krtaniowe odnieść trzeba do kurczu.

Do 8méj a zarazem ostatniéj ***gromady*** zalicza autor przypady rzadkie, jak niemożność zatrzymania kału w kiszce odchodowéj (*incontinentia ani*), gdzie osobliwie po rozwolnieniu, po lawatywie, przy oddawaniu moczu chorzy mimo woli popuszczają nieco kału, zwykle płynnego, parcie na stolec bardzo przykre, ponieważ zmusza chorych do nieustannego udawania się na stronę, gdzie nic kału nie oddają, utrata czucia w otworze stolcowym, zawrót głowy występujący w napadach osobliwie przy nagłych poruszeniach głowy na bok lub w górę, bóle głowy newralgiczne i błyskawiczne szczególniéj w okolicy czołowéj, ciemiennéj i skroniowéj, utrata czucia w twarzy, zboczenia w zakresie słuchu i węchu mianowicie obniżenie bystrości tych zmysłów, przypady choroby Meniera, porażenie jednego więzadła głosowego prawdziwego tudzież cały szereg innych zboczeń czynnościowych ze strony ośrodków nerwowych, które stanowią przypadki powikłane.

Z wyliczenia tych wszystkich przypadów wypada, że kiłowy wiąd pacierzowy w okresie przed bezładem odznacza się prawdziwą bezpostaciowością (*polymorphisme*) tém większą, iż rozmaite zboczenia poprzednio opisane łączyć się mogą w sposób nader rozmaity pod względem rodzaju, stopnia i czasu.

Okres drugi czyli okres bezładu ruchowego.

Wykazać, w jakim czasie od początku choroby rachując rozpoczyna się bezład ruchowy, jest oczywiście bardzo trudno w chorobie, która rozpoczyna się powoli i nieznacznie. Mimo tego udało się Fournierowi oznaczyć w 44 przypadkach początek choroby i początek bezładu a ze statystyki w téj mierze sporządzonéj wypada: 1) że bezład ruchowy w kiłowym wiądzie pacierzowym może wystąpić w nader rozmaitym czasie choroby: w samym początku, w kilka lat późniéj a nawet raz wykrył autor bezład dopiero w 30. roku choroby, co dowodzi, że bezład nie jest nieodzownym przypadem wiądu pacierzowego, 2) że jednakowoż bezład występuje najczęściéj między 3. a 6. rokiem choroby i że nakoniec są lubo bardzo rzadkie przypadki, gdzie bezład okazuje się na samym początku choroby stanowiąc nieraz pierwszy jéj przypad.

Przejście z okresu przed bezładem do okresu z bezładem odbywa się bardzo powoli i nieznacznie. Zazwyczaj dopiero przypadek poucza chorych o obecności bezładu np. znalezienie się w pokoju ciemnym, chodzenie po schodach nieoświeconych lub dokładne badanie lekarskie. Dlatego jest rzeczą bardzo ważną wykazać bezład dopiero powstający lub ukryty.

Zadanie to nie jest tak łatwe, jakby się tego z góry spodziewać można i dlatego to nieraz wiąd pacierzowy kiłowy tak snadnie uchodzi przed uwagą lekarza, jeżeli ten nie użyje czulszych od dotychczasowych sposobów badania, czulszych odczynników, że się tak wyrazimy.

Do wybadania a raczéj wykrycia rozpoczynającego się wiądu pacierzowego mamy sześć głównych sposobów:

I. ***Chodzenie na komendę*** złożone z trzech prób:

a) kazać choremu siedzącemu wstać i natychmiast iść. Zdrowy odbędzie tę próbę bez najmniejszéj trudności, gdy dotknięty bezładem ruchowym wstawszy zachwieje się, zatrzyma lub wykona jakiś ruch zbyteczny, dodatkowy, nim odzyska równowagę i puści się naprzód według rozkazu.

b) chory ma iść naprzód i wstrzymać się natychmiast za odpowiednim znakiem. Zdrowi, jak o tém można się przekonać na całych kolumnach wojska, zrobią to natychmiast i zupełnie dobrze, gdy dotknięci bezładem ruchowym nie mogąc odrazu powstrzymać się w ruchu pochylą się naprzód, na bok lub w tył albo postawią jednę nogę naprzód, jednèm słowem wykonają znów jakiś ruch niepotrzebny, nim przyjdą napowrót do równowagi w postawie stojącéj czyli, wyrażając się krótko, nie są w stanie zastósować się natychmiast do danego rozkazu.

c) chory ma nagle obrócić się koło własnéj osi. Ruch ten jest bardzo trudny dla cierpiących na bezład ruchowy, którzy nie mogą obrócić się prędko bez jakiegoś zatrzymania się, zachwiania, pochylenia lub nawet skłonienia do upadku.

Wszystkie te próby nie są oczywiście nieomylne, ale przez to, że wymagają ruchów nagłych i niespodziewanych, są bez porównania o wiele czulsze od sposobów dotychczas pospolicie używanych. (C. d. n.)

Lehrbuch der Ohrenheilkunde von Dr. Adam Politzer Prof. in Wien etc. 2er Band mit 142 Holzschnitten. Stuttgart bei Ferdinand Enke 1882.

Ocenił Dr. Warschauer.

(Dokończenie. Patrz Nr. 33)

Obszernie P. wykłada choroby wyrostka sutkowego, o zapaleniu okostnéj, o pierwotném i następowém zapaleniu kości wyrostka sutkowego, o próchnieniu i martwicy onego, o ropniu i jego pęknięciu, o cięciu Wildego, o innych rękoczynach ku leczeniu powyższych chorób wskazanych i

o wynikach nimi osiągniętych; w drugiéj części opisuje choroby zewnętrznego ucha, między innemi, nagromadzenie woskowiny i sposoby do usunięcia onéj, wyprysk ostry i długotrwały i inne choroby skórne w okolicy ucha się usadawiające, jak i potówka i toczeń (*lupus*), przekrwienie i krwotoki zewnętrznego ucha (*othämatoma*), zapalenie małżowiny usznéj, zwężenie przewodu słuchowego zewnętrznego, obce ciała w uchu i sposób ich wydobycia.

Nowotwory w narządzie przewodnictwa głosowego: Nowotwory tkanki łącznéj na małżowinie usznéj, włókniak, naczyniak, w zewnętrznym przewodzie słuchowym i w środkowém uchu bywają ukleje; podaje wielkość, ich kształt, budowę ich utkania i rozmaite rękoczyny ku usunięciu tychże.

Nerwice narządu przewodniczącego brzmieniu: ból ucha, bezczułość ucha, nerwice ruchowe, urazy tego narządu, w osobym rozdziale zastanawia się nad chorobami ucha ze względu na ubezpieczenie życia.

W dawniejszych świadectwach zdrowia, które lekarze wydawali osobom zabezpieczyć się zamierzającym, nie mieściło się pytanie, czy osoba zabezpieczyć się mająca cierpi na otok lub inną chorobę uszną, nowsze zaś towarzystwa asekuracyjne żądają od lekarza badającego osobę, która swe życie zabezpieczyć zamierza, aby podał stan uszów téj osoby i czy cierpi na otok lub inne choroby ucha.

W czasopismach rozbierających kwestyję zabezpieczenia życia, szczególniéj lekarze angielscy podają, że są pewne cierpienia ucha, które życiu osób niemi dotkniętych zagrażają, dlatego radzą, aby towarzystwa asekuracyjne nie przyjmowały zabezpieczenia życia takich osób; w Niemczech zajmowali się tym przedmiotem Tröltsch, Cassels, Hedinger, Urbantschitsch, Trautmann i inni.

Prof. Politzer radzi, aby bezwzględnie odmówić zabezpieczenia osób cierpiących na: 1) Owrzodzenie małżowiny usznéj i przewodu słuchowego zewnętrznego, powstałe z rozpadu błoniaka. 2) toczeń ucha, gdyż wiadomo, że osoby nim dotknięte nie długiém cieszą się życiem, 3) ropienie, zwężenie i obrzmienie kostne zewnętrznego przewodu słuchowego, 4) długotrwałe zapalenie ropiaste zewnętrznego przewodu słuchowego z odsłonieniem ścian kostnych, 5) przewlekłe ropienie środkowego ucha z przedziurawieniem błony bębenkowéj, a mianowicie: *a)* ziarnina, *b*) ukleje jamy bębenkowéj, sprawa łuszczenia się środkowego ucha, *c)* próchnienie kości skroniowéj, *d)* porażenie nerwu twarzowego, *e*) zatoka wyrostka sutkowego, *f)* cierpienie ucha któremu towarzyszy zawrót głowy lub zboczenia równowagi, jeśli przytém choroba mózgu nie może być wykluczoną.

Choroby narządu odbierającego wrażenia brzmienia, choroby wewnętrznego ucha, błędnika i nerwu słuchowego, mianowicie przekrwienie i niedokrewność błędnika, krwotoki pod postacią choroby Meniéra, zapalenie ucha wewnętrznego, zapalenie całego ucha (*panotitis*), kiłowe cierpienie ucha i nowotwory.

Nerwice nerwu słuchowego: nadczułość, porażenie, uraz, udawanie tępoty słuchu i głuchoty, stwierdzenie zmyślonéj tępoty słuchu i głuchoty.

Zboczenia czynnościowe słuchu, głuchoniemota, potworność organu słuchowego, wreszcie przyrządy słuchowe dla cierpiących na tępotę słuchową.

Otóż jest treść niniejszego tomu, niepodobna bliżéj zastanowić się i wnikać w szczegóły każdéj z chorób, książką tą objętych, dość będzie wspomnieć, że wszystkie choroby, ich znamiona, przyczyny, przebieg, zejście i leczenie wyczerpująco jest podane, książka odznacza się jednością stylu, czyta się łatwo i z przyjemnością, zawiera wszystko, co dotychczas badanie wykazało i doświadczenie stwierdziło, słowem dzieło to jest podręcznikiem pożytecznym nie tylko dla zawodowych lekarzy ucha, ale i dla tych, którzy nie zajmują się wyłącznie chorobami uszu, mimo to nieraz w praktyce z niemi się spotykają. Ryciny uzmysławiające zmiany organiczne części składowych ucha, narzędzia do rękoczynów potrzebne, kazuistyka poszczególnych a rzadkich chorób wiele do zrozumienia treści się przyczyniają, wątpić przeto nie można, że ono będące owocem głębokich studyjów i wieloletniego doświadczenia, znajdzie szerokie koło czytelników, którzy z nagromadzonego skarbu wiadomości chętnie i z korzyścią dla siebie i dla chorych ich pieczy poruczonych, czerpać będą.

Dr. Fernandez-Caro: **O kurzéj ślepocie.**

Autor przychodzi do następujących wypadków:

a) Kurza ślepota może być cierpieniem przypadowém albo samoistném. W pierwszym razie zawisła ona od pewnych zmian anatomicznych (zwężenie źrenicy, stwardnienie tętnic siatkówkowych) a rokowanie stosuje się do cierpienia, które jest przyczyną kurzéj ślepoty. W drugim razie kurza ślepota jest cierpieniem głównem, nerwicą bez wyraźnych zmian anatomicznych. Rokowanie jest wtedy pomyślném z wyjątkiem przypadków bardzo zadawnionych, albo takich które już często powracały.

b) Dotknięty kurzą ślepotą nie potrzebuje koniecznie światła słonecznego, a dostatecznie silne światło sztuczne przywraca wzrok jego. Nie mamy więc tutaj do czynienia z przerwami rzeczywistemi, ślepota może ustąpić gdy chorego z miejsca ciemnego do dobrze oświetlonego wprowadzimy, a na odwrót znów wystąpić podczas dnia, gdy chory z miejsca jasnego dostanie się do ciemnego.

c) Ani pellagra ani szkorbut ani żadne inne charłactwo nie może wywołać kurzéj ślepoty, lecz mogą one przyczynić się do jéj powstania przez osłabienie ustroju.

d) Zdaniem autora kurza ślepota nie jest niczém innem jak nerwicą wzrokową, wywołaną przez silne i przeciągłe działanie światła słonecznego. (*Boletin de Medicine naval*).

Dr. Rydel.

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) **Kurara w padaczce** jest podług Kunzego najskuteczniejszym ze znanych do téj pory leków. Z 35 chorych leczonych kurarą, 9 uzyskało stałe i zupełne wyzdrowienie; nawet w przypadkach z przytępieniem umysłowém kurara działa skutecznie i poniekąd powraca jasność umysłu. Edlefren potwierdza powyższe twierdzenie Kunzego. Przepisują wzmiankowani autorowie następujący filtrowany rozczyn kurary: *Curare 0,5, Aq. destil 5,0, Ac. muriat. dil. gtt. 1. S.* Wstrzykiwać co 5 dni $^1/_3$—$^2/_5$ strzykawki Prawaza. (*Le Progrès médical* Nr. 31).

(A. K.) **Włosień** (*trichina*) **w nizkiéj ciepłocie.** Prof. Bouley wspólnie z Drem Gibier, badali wpływ zamrożenia na włośnie. Ciepłotę obniżano za pomocą przyrządu Carréa, i poddano dwa kawałki wędliny amerykańskiéj, w któréj obecność włośnia poprzednio stwierdzono, ostudzeniu; jeden kawałek po 4 godzinach w środku swém wykazywał—20° C., drugi po 6 godzinach—15° C.; ciepłota powietrza otaczającego pierwszy kawałek wynosiła—27° C., drugi—20° C. Włośnie okazały się nieżywymi. O życiu lub śmierci pasorzyta badacze powyżéj wymienieni wnosili: 1) z pojawienia się lub niepojawienia się ruchów przy lek-

kiém ogrzewaniu, 2) z zabarwienia się rozczynem anilinu w pierwszych minutach, lub niebarwienia się przez kilka dni; 3) z zachorowania lub niezachorowania ptaków, karmionych badaną wędliną. *(Le Progrès médical* Nr. 27).

IV. Zjazd II Lekarzy i Przyrodników czeskich w Pradze.

Zakłady lecznicze i naukowo-lekarskie w Pradze czeskiéj.

Pierwszeństwo w tym opisie należy się szpitalowi powszechnemu (pražska všeobecná nemocnice), który rozmiarami zalicza się po szpitalu wiedeńskim do największych w państwie austryjackim, a w dziejach nauki lekarskiéj, mieszcząc w sobie kliniki uniwersyteckie, zajmuje cywilizacyjne światowe stanowisko. Szpital ten istnieje dopiero od 100 lat; dawniéj Praga nie posiadała krajowego szpitala, natomiast były liczne fundacyje dla chorych i ubogich. Dopiero w r. 1787 cesarz Józef II polecił stanom królestwa czeskiego zcentralizowanie drobnych fundacyj, z zjednoczenia których powstał obecny szpital powszechny, ustawicznie z biegiem lat powiększający się i uzupełniający się. W szpitalu mieszczą się następujące kliniki: trzy lekarskie mianowicie: prof. Eiselta czeska, proff. Halli i Přibrama niemieckie; dwie chirurgiczne: czeska prof. Weissa, niemiecka Gussenbauera; klinika propedeutyczna prof. Knolla; kl. oczna Hasnera; kl. skórna i syfilityczna prof. Picka; kl. chorób niewieścich prof. Breyskyego niemieka, oddział gynekologiczny prof. Strenga (czeski); kl. chorób usznych prof. Zaufala. Wszystkie te wymienione kliniki mieszczą się w szpitalu powszechnym. Ażeby skończyć z klinikami dodać należy, że oprócz wymienionych znajdują się jeszcze dwie kliniki położnicze: prof. Brejskyego niemiecka, prof. Strenga czeska, oraz szkoła dla położnic Webera w osobnym zakładzie położniczym (porodnice). W zakładzie dla umysłowo-chorych znajduje się klinika prof. Fischela; w szpitalu dzieci mieści się klinika prof. Kaulicha. Poliklinikę uniwersytecką prowadzi Doc. Ganghofner.

Budynek powszechnego szpitala znajduje się w dobrém położeniu, wzniesioném po nad miastem; jest on 2-piętrowy, zbudowany podług najdawniejszych sposobów stawiania szpitali; za mało w nim światła i powietrza, a wrażenie jakiego się doświadcza w salach i korytarzach jest ponure, pognębiające; urządzenie wewnętrzne nader skromne. Szpital liczy w 104 pokojach 967 łóżek dla chorych, 140 dla służby; chorzy dzielą się na trzy klasy, w pierwszéj płacą 3 złr., w drugiéj 2 złr., w trzeciéj 84 ct., niezamożni są leczeni bezpłatnie. W r. 1880 leczono 13,070 chorych, dni leczenia było 274.178, jeden dzień leczenia kosztował 1 złr. 14 ct. Obecnym dyrektorem jest zdrowotny radca Doc. Dr. Smoler.

Szpital Sióstr Miłosierdzia należy do budowli nowych (z 1854 r.); znajduje się u stóp Hradczan, w miejscowości pełnéj ogrodów. Mieści w sobie 230 łóżek w 14 salach. Czystość, dobre powietrze nic nie zostawiają do życzenia. W szpitalu tym przebywają wyzdrowieńcy lub nieuleczalni. Lekarzami są Dr. Krčma i Doc. Maixner.

Szpital dzieci Franciszka Józefa znajduje się w blizkości szpitala powszechnego. Do szpitala tego przywiązane jest imię Dra Loeschnera, który ofiarnością i wytrwałością ten zakład podźwignął i utrzymał. Po przeniesieniu się Dra Loeschnera do Wiednia na wyższe stanowisko, zarząd szpitala dzieci przeszedł w ręce prof. Kaulicha i prymaryjusza Neurettera. W r. 1881 leczyło się dzieci 863, wydatek dzienny na jednego chorego wynosił 1 złr. 5 ct. Przy szpitalu jest zbiór anatomopatologiczny (1200 preparatów oraz biblijoteka (5161 dzieł).

Szpital braci miłosierdzia na 160 chorych odznacza się dobrą organizacyją, przyjmuje chorych bazpłatnie i utrzymuje się z ofiar bractwa. Pielęgnowaniem zajmują się członkowie zakonu. Kierującymi lekarzami są: Dr. Haas i Dr. Lang.

Szpitale Elżbietek przy klasztorze tego imienia na 70 chorych kobiet, odznacza się wzorowym porządkiem. Lekarzami są: Dr. Schäffner i Dr. Ryba.

Szpital stowarzyszenia prażskiego został zbudowany 1861 r. na 40 łóżek; utrzymuje się z funduszu żelaznego i składek rocznych, gdyż każdy może zostać członkiem, kto się wpisze i opłaca rocznie 5 złr., a za to w razie choroby ma prawo do bezpłatnego leczenia przez 3 miesięcy. W szpitalu jest kaplica, biblijoteka, całe urządzenie jest doskonałe. Kierunek lekarski mają Dr. Vraný i Dr. Janocha.

Szpital izraelicki założony w r. 1612 przez rabina M. Meisela, mieści w sobie 52 łóżek. Lekarzem tego szpitala jest Dr. Saar.

Zakład położniczy (porodnice), jest wspaniałym tak pod względem architektonicznym jak i lekarskim. Zbudowany systemem pawilonowym na Vetrowie w odosobnieniu, wśród ogrodów, dominuje ten budynek nad miastem, a pięknością widoków i czystością powietrza każe zapomnieć o swém przeznaczeniu. Na parterze szesnaście sal, po 8 łóżek każda, są przeznaczone dla ciężarnych, które mają odrębne pracownie i jadalnie; studenci poświęcający się położnictwu mogą mieszkać z wiktem w zakładzie za nader małą cenę, i przez to samo są obecni przy wszystkich porodach. Na pierwszém piętrze naprzeciw siebie klinika proff. Brejskyego i Strenga; każda klinika posiada dwie sale porodowe, salę operacyjną i wykładową. Kurytarzem dochodzi się do trzech pawilonów, mieszczących w sobie 12 sal obszernych dla położnic z 6 łóżkami w każdéj sali. Sale ogrzewają się koloryferami Böhma, odwietrzają się osobnymi przyrządami. Czystość posunięta do ostatnich granic doskonałości; nic téż dziwnego, że prof. Streng zapewniał, że w r. ubiegłym nie miał ani jednego przypadku śmierci między położnicami. W r. 1880 było położnic 2887, urodziło się 2.847 dzieci; dzień leczenia kosztował 1 złr. 30 ct. na jednę położnicę. Asystentem prof. Strenga jest Dr. Rubeška.

Dom podrzutków składa się z dwóch budynków; w jednym z nich jest klinika, instytut szczepienia, w drugim 77 pościeli dla podrzutków.

Zakłady dla obłąkanych dumą mogą napawać Pragę; jest ich cztery w saméj Pradze a dwa na prowincyi: w Kosmonosach i Dobřanach. Prażskie zakłady razem zawierają 1369 łozżek, w Kosmonosach mieści się 400 łóżek, a w Dobřanach 600. Budynki zakładów prażskich, urządzenie wewnętrzne, gospodarka polowa i inwentarna, wszystko to doprowadzono tutaj do możebnéj doskonałości. Lekarze stabilizowani tych zakładów są następujący: Dyrektorem jest prof. Fischl, prymaryjuszami Drowie: Kratochwil Čumpelik i Stránský. W Kosmonosach kieruje zakładem Dr. Kutil, w Dobřanach Dr. Pick.

Obok szpitala powszechnego znajduje się szpital wojskowy; daléj Instytut anatomiczny kierowany przez prof. Toldta; Insytut chemiczny zawiera praco-

wnie chemii lekarskiéj prof. Hupperta, chemii analitycznéj prof. Linemanna i pracowni patologii doświadczalnéj prof. Knolla. Instytut anatomo-patologiczny zawiera pracownię dla medycyny sądowéj prof. Maschki; instytut ten zawiera najcenniejsze w Europie preparaty i zbiory. Wreszcie szkoła prazka ma jeszcze instytuty: przyrodniczy, fizyjologiczny i zoochemiczny.

Z tego pobieżnego spisu przekonać się można, że Praga w zakresie zarządzeń humanitarno-naukowych lekarskich stoi w jednym rzędzie z pierwszemi stolicami świata, że naród czeski ofiarnością i rozumem zajął stanowisko produkcyjnego czynnika w dziejach cywilizacyi i postępu.

Dr. Kwaśnicki.

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Sprawozdanie z czynności Departamentu V Wydziału krajowego. Referent członek Wydziału kraj. Dr. *F. Hoszard*,

Z łaskawie nam nadesłanego Sprawozdania z czynności V Departamentu Wydziału krajowego zapożyczamy liczby mogące interesować szersze koło czytelników Przeglądu.

W r. 1881 wydano z funduszu krajowego na cele humanitarne 666,555 zła.; na ten sam cel wydano w r. 1880 776,288 czyli wydano mniéj o 109,732 zła. Wydatek ten w stosunku do sumy ogólnego wydatku funduszu krajowego galicyjskiego równa się 18,7%. Na te same cele wydały w r. 1880 Czechy 33%, Niższa Austryja 28,7%, Morawija 29,5%, Styryja 13.1%, Szlązk 21,6%, Bukowina 24,6%. Jeżeli porównamy ludność tych krajów koronnych z kwotą wydatków na cele humanitarne, to się okaże, że na te cele płacił w r. 1880 jeden mieszkaniec Galicyi 13 c., w Czechach 35,5 c., w Niższéj Austryi 66,1 c., w Morawii 37,5 c., w Styryi 43,6 c., w Szlązku 21,6 c., w Bukowinie 5,1 c. Według załączników okazuje się, że w r. 1881 za 731,586 dni leczenia zapłacił fundusz krajowy 490,920 zła. t. j. o 9,080 zła. mniéj niż Wysoki Sejm preliminował. Dla pokrycia spodziewanych niedoborów uchwalił Wysoki Sejm w budżecie na r. 1881 następujące dotacyje: dla krajowego szpitala we Lwowie 48,833 zła., lecz dotacyja ta okazała się zbyteczną w obec faktu, że szpital lwowski nietylko nie miał niedoboru, lecz wykazał nadwyżkę w dochodach 2,165 zła. Dotacyja Zakładu w Kulparkowie wynosiła o 39,100 zła. mniéj niż Wysoki Sejm preliminował; Szpital św. Łazarza w Krakowie zwróci na poczet udzielonéj w kwocie 24,774 zła. dotacyi z nadwyżki dochodów prawdopodobnie 18,300 zła., tak że jego dotacyja wyniesie 6,474 zła.; z dotacyi funduszu podrzutków pozostało 845 zła. Tym sposobem wydał Wydział krajowy na dotacyje o 107,310 zła. mniéj od kwoty dozwolonéj, a o 74,132 zła. mniéj niżeli w r. 1880. Cała oszczędność z kwot preliminowanych na r. 1881 wynosi (9080 + 107,310 =) 116,390 zła.

Zgodnie z obowiązującymi przepisami zniżono taksę za leczenie w następujących szpitalach: w r. 1881 w Biale z 50 c. na 45, w Drohobyczu z 57 na 51, w Podhajcach z 60 na 52, w Przemyślu z 50 na 33, w Rzeszowie z 60 na 57, w Samborze z 65 na 60, w Sączu z 60 na 54, w Tarnowie z 60 na 50, w Złoczowie z 57 na 50, w szpitalu św. Zofii z 58 na 50, w szpitalu św. Ludwika z 55 na 50. W r. 1882 zaś w Bochni z 54 na 51, w Kołomyi z 57 na 48, w Rzeszowie z 57 na 52, w Tarnopolu z 54 na 51 i we Lwowie z 90 na 84 centów.

Zaległości kosztów leczenia, które fundusz krajowy w dawniejszych latach w zastępstwie gmin zaliczkowo zapłacił, a które gminy zwrócić są obowiązane, wynosiły z końcem r. 1882 kwotę 72,748 zła. Na rachunek téj kwoty uiściły gminy w ciągu r. 1881 tylko 8,872 zła., pozostało w zaległości 63,876 zła.

Przekazana przez Wys. Sejm Wydziałowi kraj. petycyja m. Krakowa o zarządzenie zwrotu z funduszu krajowego kwoty 9.064 zła. 19 c., którą c. k. Urząd z dochodów téj gminy, a z tytułu urządzenia w latach 1849, 54 i 55 w Krakowie szpitali cholerycznych, wyegzekwował, Wydział kraj. rozpatrzywszy ponownie tę sprawę i przekonawszy się, że suma ta udzieloną została miastu z byłego funduszu kameralnego, pozostawił petycyję gminy m. Krakowa bez skutku.

W myśl petycyi Towarz. lekarzy galic. we Lwowie, wniesionéj do Wydziału kraj. o wyjednaniu u Wys. Sejmu podwyższenia kwoty na produkcyję krowianki, Wydział kraj. wstawił do preliminarza funduszu krajowego na r. 1883 na utrzymanie i odświeżanie krowianki, zamiast 1300 zła. kwotę 1600 zła., a to w nadziei, że Wysoki Sejm udzieli swego przyzwolenia na to podwyższenie. Za odznaczenie się przy szczepieniu ospy ochronnéj przyznano nagrody następującym osobom: Pierwszą 200 złr. chirurgowi W. Kluczyckiemu z Mędrzychowa, drugą (180 zła.) chirurgowi A. Kotowiczowi z Bicza, trzecią (150 zła.) Drowi T. Kaczyńskiemu z Brzostka, a czwartą (100 złr.) Drowi S. Wnękowiczowi z Bursztyna.

Leczyło się w r. 1881 w zakładach publicznych galicyjskich osób 32,662, dni leczenia było 891,507. W porównaniu z r. 1880 mieliśmy chorych mniéj o 547, a dni leczenia mniéj o 104,365. (C. d. n.)

Statystyka epidemij. W tygodniu od 6—12 sierpnia wzniesla się ogólna śmiertelność w Krakowie z 22,9 do 35,9. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z czerwonki 1 (1 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach krztuśca, 1 błonicy, 3 czerwonki. W tygodniu od 30 lipca do 5 sierpnia umarło z ospy w Londynie 1, leczyło się w szpitalach 142, świeżo zapadło 18. Mniéj umarło w Wiedniu, Paryżu i Pradze. W Budapeszcie umarło 9, w Petersburgu 10. Więcéj umiera z ospy w Warszawie w miastach hiszpańskich i amerykańskich. Dur plamisty pojawia się sporadycznie w większych miastach.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 30 lipca do 5 sierpnia umarło wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 22,9; we Lwowie 33,4; w Poznaniu 52,9; w Wiedniu 25,6; w Budapeszcie 35,2; w Pradze 25,7; w Tryjeście 32,8; w Berlinie 33,8; w Wrocławiu 36,9; w Gdańsku 42,2; w Mnichowie 28,0; w Dreźnie 31,2; w Lipsku 17,3; w Bazylei 19,6; w Brukseli 27,0; w Amsterdamie 19.8; w Hadze 16,9; w Paryżu 21,6; w Londynie 20,1; w Kopenhadze 23,7; w Stokholmie 30,7; w Chrystyjanii 20,9; w Petersburgu 34,5; w Odesie 46,8; w Rzymie 25,3; w Wenecyi 29,9; w Bukareszcie 30,5; w Madrycie 42,1; w Lizbonie 28,9; w Nowym Yorku 45,4; w Filadelfii 24,3; w Bombaju 20,9; w Madrasie 31,6. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 sierpnia. W Nrze 32 *Gazety Lekarskiéj* znajdujemy ocenę dziełka lekarskiego polskiego, wyszłego w Warszawie, wykazującą namacalnie, że dziełko to jest prostym plagijatem. Żałujemy, że krytyk nie podpisał się na swéj ocenie, bo nie możemy wyrazić mu podziękowania za odwagę cywilną i oddanie usługi rzeczywistemu piśmiennictwu naszemu. Niestety potrzeba do tego odwagi, aby dziś wykazać komu, że przywłaszczył sobie cudzą własność literacką, w obec rozpowszechniającego się coraz bardziéj zwyczaju, że napisanie oceny jest prostym aktem grzeczności ze strony krytyka dla autora, krytyka, który częstokroć albo nie przeczytał całego dzieła, z którego zdaje sprawę, albo sam nie zna literatury przedmiotu, a ztąd nie umie rozróżnić między „mojém“ a „twojém“, lub z góry takie ma uszanowanie dla wszystkiego co drukowane, że tak zwana ocena staje się tylko parafrazą dzieła, podobną do adresu niektórych parlamentów w odpowiedzi na mowę tronową. Rzeczywisty atoli krytyk, pojmujący zadanie swoje i znający gruntownie przedmiot i literaturę jego, spełnia zadanie ważne i przysłuża się nietylko czytającym ale i samemu autorowi. Nic tak nie szkodzi piszącemu, jak krytyka zbyt pobłażliwa, bezmyślnie chwaląca wszystko, a nie poucza tak, jak ocena bezstronna, która chwilowo może być przykrą ale w następstwie zbawienną. Główném zadaniem krytyki atoli powinno być nielitościwe chłostanie plagijatorstwa. Mają swoich plagijatorów narody nieróvnie wyżéj od nas stojące, mają ich podostatkiem Francuzi i Niemcy, a znający literaturę ze smutkiem spostrzega, że to pasorzytctwo literackie szerzy się coraz daléj. Co jednak u bogatych nie uderza tak bardzo, staje się rażącém wielce u biednych. Piśmiennictwo nasze lekarskie, niedawno tak ubogie, od lat kilku podnosi się statecznie; wymagamy mniéj od piszących i zadowalamy się każdém uczciwém spostrzeżeniem. Temu powolnemu

ale ciągłemu wzrostowi grozi jednak wielkie niebezpieczeństwo, jeżeli śród zdrowego ziarna rozwielmożni się kąkol, który têm bardziéj staje się widocznym, im rzadszém jest ziarno zdrowe. Szczególna zawładnęła nami ambicyja pisania dzieł oryginalnych, a ambicyja ta niejednego wiedzie na niebezpieczne bezdroża. Kto dobrze lub nawet źle wypisuje lub tłumaczy kilkadziesiąt kartek z obcego dzieła, mieni się być autorem dzieła oryginalnego i nietylko szczęśliwym, ale i zasłużonym; mniejsza o to, że często gęsto rażących dopuszcza się śmieszności w tłumaczeniu tego, czego nawet nie rozumie. Dzieła takie nie wzbogacają piśmiennictwa, choć najbiedniejszego; skromne a chędogie szaty nierównie więcéj zdobią biednego poczciwca, aniżeli nieprawnie nabyte suknie bogate; nie mamy powodu rumienienia się, jeżeli będąc biednymi pracujemy mozolnie i uczciwie, ale wystrzegajmy się plagijatorów, bo ci nam szkodzą niesłychanie.

* Ze względu na okoliczność, że zagraniczne wydawnictwa rozesłały do lekarzy galicyjskich Kalendarz lekarski na r. 1883, przypominamy szan. kolegom, że polski Kalendarz lekarski na r. 1883, ułożony przez Dra J. Stellę Sawickiego, okaże się w tych dniach w handlu. Porównując kalendarz niemiecki z polskim przekonać się każdy może o większém bogactwie materyjału w kalendarzu polskim; obok sumiennéj dokładności znajdują się w nim informacyje miejscowe, galicyjskie, których w zagranicznych wydawnictwach rzecz prosta nie ma. Ze względu na interes osobisty i ogólny kalendarz polski powinien mieć pierwszeństwo i znaleźć się w ręku każdego lekarza polaka. W celu doprowadzenia wydawnictwa lekarskiego kalendarza polskiego do możebnéj doskonałości Dr. Stella Sawicki zachęca kolegów, ażeby mu przesłali swe uwagi, zmierzające do usunięcia na przyszłość wszelkich niedokładności, jeśliby takowe kto dostrzegł.

* W Cieplicach czeskich do d. 12 sierpnia przybyło gości kąpielowych osób 8,505.

□ **Warszawa.** We wrześniu ma zostać otwartym prywatny instytut położniczy na 12 łóżek. Instytutem tym kierować ma Dr. Horoch, który długi czas studyjował położnictwo za granicą. Cztery łóżek przeznaczonych będzie dla chorych z płacą po 3 rs. dziennie, 8 zaś po 30 kop. za całkowite utrzymanie, pomoc lekarską, kąpiele itp. Zakład więc ten, sądząc z cen powyższych, będzie miał więcéj pożytek niż zysk na celu gwoli czego podobno kilka osób poświęciło odpowiednie fundusze i dla niezamożnych chorych będzie rzeczywistém dobrodziejstwem.

Zakład urządza się już przy ul. Marszałkowskiéj, pod Nr. 6 w bardzo dogodnéj miejscowości. (*Kur. Warsz.)*

Sprawa urządzenia szpitala dla chorób epidemicznych została przychylnie rozstrzygniętą przez Ministeryjum spraw wewnętrznych. Szpital ten będzie urządzonym za rogatką wolską w domu t. z. Ohma wydzierżawionym na lat 12 za opłatą roczną 4000 rsr. Na początek urządzonych bedzie w szpitalu 50 łóżek, których liczba ma być w roku przyszłym doprowadzoną do 100 łóżek. Na urządzenie szpitala kasa miejska asygnuje 14,500 rsr. Szpital jako przeznaczony wyłącznie dla chorych epidemicznych będzie zamykany z chwilą polepszenia się zdrowotności w Warszawie. (Kur. Warsz.)

* Chirurdzy w Austryi. Według obliczenia urzędowego było w Przedlitawii przed 2 laty 3.000 chirurgów i 297 magistrów chirurgii, obecnie jest tylko 2.343 chirurgów i 230 mgistrów; ubyło więc w ciągu lat dwóch około 700 osób tego stanu lekarskiego.

* W Debreczynie odbędzie się od 22—27 sierpnia 22gi Zjazd lekarzy i przyrodników węgierskich.

* Zjazd lekarzy i przyrodników rosyjskich, który miał się odbyć w miesiącu bieżącym w Odesie, odroczony został na rok cały.

* W Salonice odnaleziono pisma Gallena, które uważano oddawna za przepadłe. Znaleziony rękopis składał się pierwotnie z 248 kart, braknie z nich obecnie 80. (Kur. Warsz.)

* *Wien. Ztg.* ogłasza mianowanie nadzwyczajnego prof. Dra Józefa Rostafińskiego zwyczajnym profesorem botaniki w Uniwersytecie Jagiellońskim.

* W Kalkucie indyjska szkoła lekarska przyznała dyplom doktora medycyny pannie Wydżga, córce bogatego kupca Polaka.

* *Gołos* (Nr. 196) donosi o zapłsie półmilijonowym, który uczynił p. Władysław Czarnecki w Warszawie, na urządzenie szpitala dla porażonych i nieuleczalnych.

* *Allg. Wiener med. Ztg.* (18 lipca) donosi o wykryciu w Budapeszcie fabryki podrabiającéj naturalne wody mineralne, które sprzedawano jako z źródeł czerpane. Sąd skazał właściciela fabryki na 2 miesięcy więzienia i 500 złr. grzywny.

* Do warszawskiego *Słowa* telegrafują z Petersburga, że na żeńskie kursa medyczne kandydatki nadal nie będą przyjmowane. Kursa stopniowo mają być zamykane.

* Z Moskwy telegrafują do *Gołosu,* że dalsze wpisywanie się młodzieży na pierwszy kurs medycyny zostało wstrzymane z powodu, że komplet słuchaczów z góry dla pierwszego roku oznaczony, już jest zupełny.

* Obowiązki inspektora urzędu lekarskiego w Warszawie, z powodu choroby Dra Zuka pełni Dr. Kopeć. (*Kur. Warsz.*)

* Czytamy w *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 33, że prof. Nencki, który kilka dni bawił w Warszawie, wynalazł nowy barwik w moczu, urorozeinę; *Gaz. Lek.* zapowiada obszerniejszą rozprawę o tym wynalazku berneńskiego profesora.

* **Mianowania i odznaczenia.** Prof Langenbeck mianowany został rzeczywistym tajnym radcą z tytułem ekscelencyi.

* **Nekrologija.** W Mödlingu pod Wiedniem umarł d. 1 sierpnia rb. radca rządowy Dr. Gatscher, profesor nadzwyczajny medycyny sądowéj w Wydziale prawniczym Uniw. wiedeńskiego, licząc lat 62. Wiadomo, że zmarły przez lat wiele był profesorem tegoż przedmiotu w akademii chirurgicznéj we Lwowie.

* **Konkursa.** *Gazeta lwowska* w Nrze 189 ogłasza następujące konkursa lekarskie: 1) c. k. Urząd salinarny w Dolinie rozpisał powtórny konkurs na posadę lekarza salinarnego za kontraktem, z roczną płacą 315 złr. Podanie wnieść należy do 14 września b. r. 2) C. k. urząd salinarny w Lacku (powiat Dobromilski) rozpisał konkurs na posadę lekarza salinarnego za kontraktem, z płacą roczną 420 złr. i dowolném miejscem pobytu w Lacku, Huczku lub Dobromilu. Podanie wnieść należy w ciągu 6 tygodni (od 15 sierpnia). 3) Zarząd dóbr hr. Henryka Chamborda w Łomnie (pow. turczański) rozpisał konkurs na posadę lekarza mającego się odkryć w tych dobrach zakładu leczniczego, z roczną płacą 500 złr., pomieszkaniem, opałem i ogrodem. Wyjaśnień udziela p. Kołodkiewicz (Lwów. ul. Majera l. 8). Podanie (termin nieoznaczony) należy wnieść do Zakładu dóbr hr. Chamborda w Łomnie. Fialla.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 33: Dra Rothego: Otrucie wyskokowe, jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób umysłowych w kraju i zagranicą; — Dra Matlakowskiego: Ograniczone ropne zapalenie kości, czyli tak zwany przewlekły ropień kości. — W *Medycynie* Nr. 33: Prof. Korczyńskiego: O zwyrodnieniu włóknistém (*fibrosis)* tkanin z przeważnêm uwzględnieniem otrzewny i tkanki podotrzewnowéj; Dra Jaworskiego: Praktyczne uwagi nad wskazaniami chorobowemi zdrojowisk w Karlsbadzie i Kisyndze.

Redakcyja otrzymała:

Dr. SOKOŁOWSKI: Aus der Abtheilung für Lungen und Halskranke des Hospitals zum heiligen Geiste zu Warschau. Beitrag zur localen Behandlung der Lungencavernen.

Dr. L. LESSER (docent chirurgii w Lipsku): Uiber das Anlegen von Verbänden nach Hüftgelenkresectionen. (Osobne odbicie z D. Med. Woch. 1882, Nr. 31) in 8vo str. 7.

Dr. ROGOWICZ: 1) Uwagi i spostrzeżenia. O dokonywaniu porodu drogą naturalną, zamiast cięcia cesarskiego po śmierci lub podczas konania ciężarnéj. (Odbitka z Medycyny T. IX. z r. 1882.

2) O potrzebie nowych zakładów dla biednych położnic w Warszawie. (Odbitka z Medycyny T. X. z r. 1882).

Sprawozdanie z czynności V Departamentu Wydziału krajowego za czas od 1 lipca 1881 r. Referent członek Wydziału Dr. Fr. Hoszard.

W zastępstwie redaktora **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 44.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 2 września 1882. № 35. Rok XXI.

I. O wycinaniu odźwiernika.

Wykład kliniczny.
Podał Dr. Rydygier.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

Wyniki naszych eksperymentów potwierdza już teraz doświadczenie, nabyte w dotychczas operowanych przypadkach. Wycięto dotychczas 10 razy mniejsze lub większe części trzustki razem z odźwiernikiem i zauważano: 1) W żadnym przypadku nie znaleziono przy obdukcyi znaczniejszego obrzmienia, ani żadnego ropnia w pozostałych częściach. 2) Przypadki dotychczas operowane wcale nie potwierdzają obawy, jakoby wypływający sok trzustki miał wpływ szkodliwy na nowo tworzącą się bliznę. Tam gdzie przy obdukcyi znaleziono niedostateczność szwu, jak np. w przypadku Lückego i Hahna, inne przyczyny podług samych autorów obwiniać należy. 3) Zatamowanie krwi było znacznie utrudnione, jak autorowie z naciskiem podnoszą; ostatecznie atoli zawsze się udało. 4) Przeważna część przypadków wycięcia odźwiernika z równoczesném wycięciem kawałka trzustki tak prędko po operacyi kończyła się śmiercią, że zapalenie otrzewny nie miało czasu powstać. Mimo to znajdujemy dwa przypadki (Nr. 12 i 16), w których zapalenie otrzewny podano jako przyczynę śmierci obok osłabienia serca. Zważywszy, że w reszcie przypadków wycięcia odźwiernika nigdy nie występowało zapalenie otrzewny niewywołane osobliwszemi pobocznemi przyczynami; zważywszy daléj, że z 10 tych przypadków, tylko mała liczba operowanych tak długo żyła, żeby się zapalenie otrzewny wytworzyć mogło, a uwzględniając jeszcze obok tego wyniki doświadczeń naszych na psach; musimy uwzględnić niebezpieczeństwo zapalenia otrzewny w skutek szybkiego gnicia cząstek obumarłych trzustki, o jakiem Ledderhose wspomina.

Na jedno jeszcze niebezpieczeństwo dotychczas należycie nie uwzględnione zwracam uwagę: trudno jest w raku odźwiernika zrośniętym z trzustką uskutecznić wycięcie na pewno w tkance zdrowéj. Powyższą obawę, teoretycznie już uzasadnioną, potwierdza dotychczasowe doświadczenie: w przypadku 5tym Billrotha i 12tym Lückego dokładne badanie pośmiertne wykazało zrakowaciałe miejsca w pozostawionych częściach trzustki.

Na podstawie doświadczenia nabytego z dotychczas operowanych przypadków i na podstawie wyników z moich badań na psach zająłbym więc takie stanowisko w kwestyi zrostu odźwiernika z trzustką teraz tak żywo dyskutowanéj:

a) Sok wypływający z naciętéj trzustki nie wywiera żadnego rozpuszczającego działania na nowo tworzącą się bliznę.

b) Nie wiadomo dotąd, ażali po wycięciu częściowém trzustki występują liczne ropnie i znaczne obrzmienie podobnie jak się to dzieje w gruczole przyusznym.

c) Mimo to uznaję zwiększone niebezpieczeństwo przy wycinaciu odźwiernika przez równoczesne wycięcie kawałka trzustki, a to z następujących przyczyn:

1. Krwotok jest w tych przypadkach znaczniejszy i trudniejszy do zatamowania. A zważywszy, że mamy do czynienia z chorymi, i tak znacznie już osłabionymi i niedokrewnymi, przyznać trzeba, że ta okoliczność znacznie powiększa niebezpieczeństwo operacyi.

2. Zapalenie posocznicze otrzewny łatwiéj przystąpić może w skutek większéj, głębiéj sięgającéj i nierówniejszéj rany, a prawdopodobnie jeszcze znacznie do tego przyczynia się wpływ swoisty i bardzo wielka skłonność do gnicia obumarłych cząstek trzustki.

3. Wycięcie raka w granicach zdrowéj tkanki nie jest na pewno możliwém.

Dla tych to przyczyn uważam razem z innymi zrost odźwiernika z trzustką w raku za przeciwwskazanie do operacyi; we wrzodzie żołądka utrudnia on tylko znacznie wykonanie operacyi i powiększa jéj niebez-

pieczeństwo. Operacyja atoli w ostatnim przypadku jest wykonalną z dobrym skutkiem, jak o tém nas poucza mój przypadek (Nr. 22). To też w tych przypadkach niebezpieczeństwo wskazane powyżéj na 3ciém miejscu wcale nie zachodzi; również znaczniejszy krwotok tu nie jest tyle niebezpieczny, jak w raku żołądka, bo chorzy ci zwykle nie są tak prędko wynędzniali i osłabieni, a nadto możemy ich stan ogólny naprawić przed operacyją przez użycie odpowiednich środków (pompki żołądkowéj i dyjety).

Jako 3cie wskazanie do wycięcia kawałka żołądka resp. odźwiernika uważam krwotok obfity z okrągłego wrzodu żołądka, nie dający się w inny sposób zatamować. Wprawdzie nie wykonano dotychczas, o ile mi wiadomo, ani razu jeszcze wycięcia z téj przyczyny; przyjmują atoli to moje polecenie i popierają je, mój nieodżałowany nauczyciel Hueter (*Grundriss der Chirurgie* II. tom, str. 315) i Czerny (*Kuh, Eine Pylorusresection* Langenbecka Arch., 27 tom, 4 zesz., str. 802).

Jedyny warunek jest w takich przypadkach, żeby chirurg szybko był na miejscu, co niestety rzadko tylko się zdarza. Tam gdzie znaleźliśmy wrzód na przedniéj ścianie żołądka, tam potrzebaby go tylko eliptycznie wyciąć i brzegi rany szwami połączyć. Zwykle atoli śmiertelne krwotoki nie pochodzą z tętnic ścian żołądkowych; częściéj zdarzają się po nadżarciu sąsiednich większych tętnic, jak np. tętnicy żołądko dwunastnicowéj i jéj gałęzi, a najczęściéj po nadżarciu gałęzi tętnicy śledzionowéj, zaopatrującéj trzustkę w krew i tętnicy trzustko-dwunastnicowéj. W takich przypadkach możnaby może zastosować zalecane przez Huetera (l. c.) podwiązanie tętnicy (*Umstechung*).

4. Na ostatniem miejscu zaliczam do wskazań wycięcia odźwiernika przedziurawienie (*perforatio*) ścian żołądka przez wrzód krągły: Szybkie otworzenie jamy brzusznéj, oczyszczenie jéj, wycięcie brzegów wrzodu i zeszycie więcéj podług mnie przydaćby się mogło mianowicie, gdzie chirurg szybko jest na miejscu, i odpowiedniejsze stanowi leczenie, niż to, którego dotychczas używano, a o którém Leube (l. c. str. 124) powiada: *Tritt im Verlauf des Magengeschwürs das schlimmste Ereigniss, die Perforation ein, so besteht die Therapie gewöhnlich nur in der Herbeiführung der Euthanasie.* Po przedziurawieniu ścian żołądka przez wrzód ogranicza się leczenie zwykle na przygotowaniu lekkiego skonu. (C. d. n.)

II. Z pracowni dla patologii doświadczalnéj Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. Dra Adamkiewicza.

O zachowaniu się serca wśród dławienia i topienia.

Napisał Dr. W. Pisek,

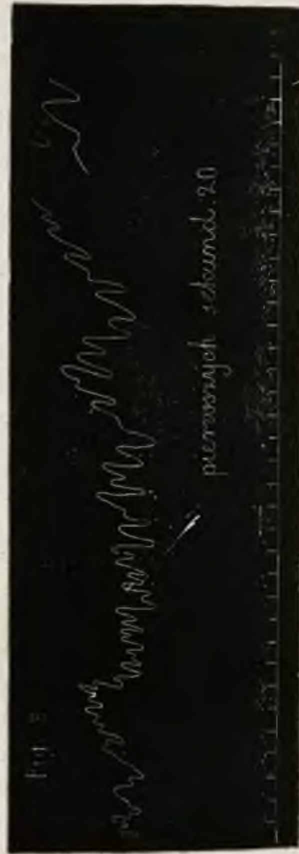
b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

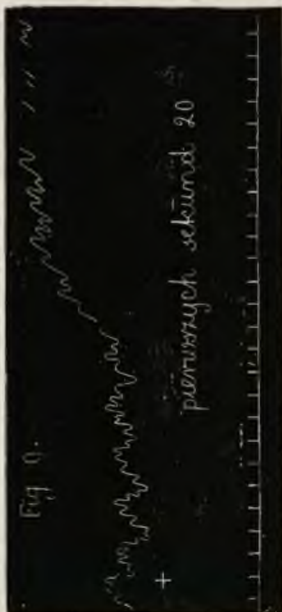
Poniżéj podajemy zmniejszone o połowę obrazy sfigmograficzne przy nagłém zamknięciu tchawicy. Na pozór tylko przedstawiają one większe różnice. Celem dokładniejszego rozgatunkowania zestawiamy większą liczbę typowych obrazów odpowiadających pierwszemu okresowi duszenia t. j. pierwszym dwudziestu lub 25-minutom po całkowitém zaciśnięciu tchawicy. Z osobna znów zastanowimy się nad zachowaniem się parcia w drugiéj połowie aktu dławienia, granicę stanowi maximum parcia, względnie początek opadania takowego, każdy z tych obrazów reprezentuje kilka wypadków. Wszystkie dadzą się ułożyć w grupy następujące:

Grupa I.





W grupie pierwszéj uderza nas przedewszystkiém dość rychłe, nagłe wzniesienie się linii krzywéj, parcie krwi oznaczającéj, wzniesienie się jest najznaczniejsze w porównaniu z tém, jakie okazują krzywe grupy następnéj. W téj bowiem widać przed częścią linii krzywéj, odpowiadającéj największemu wzniesieniu, odcinek miernie wzniesiony, stanowiący niejako powolne przejście do maximum.



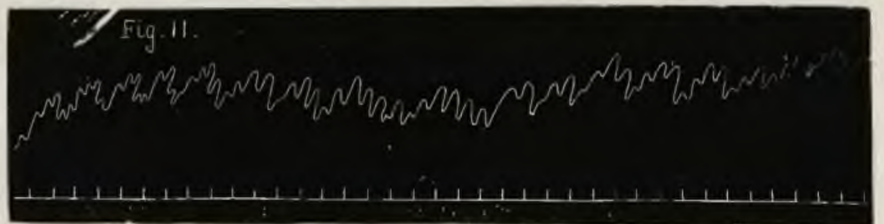


Ostatni obraz reprezentujący grupę trzecią różni się tém od obu poprzednich grup, że podczas gdy tam, tuż po zamknięciu tchawicy, istniała chwila, w któréj natychmiastowéj znacznéj reakcyi parcia krwi nie było, to w tym obrazku linija krzywa tuż po odcięciu powietrza od razu, i to znacznie wznosi i przez kilkanaście początkowych sekund na téj wysokości niezmiennie się utrzymuje.



Uzmysławiając szczegóły powyższe szematycznie możemy przedstawić poszczególne grupy w sposób przedstawiony na fig. Nr. 16, gdzie + oznacza chwilę zamknięcia tchawicy, a linija NN. normalny poziom ciśnienia prawidłowego.

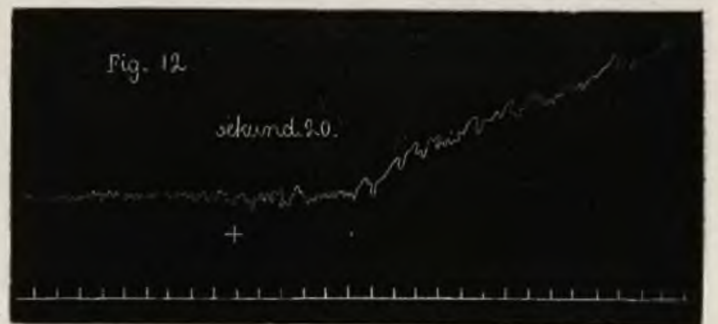
Z porównania obrazów sfigmograficznych przychodzimy do następujących wniosków:



1) Krzywa oznaczająca parcie krwi wznosi się bardzo znacznie w pierwszéj połowie aktu dławienia.

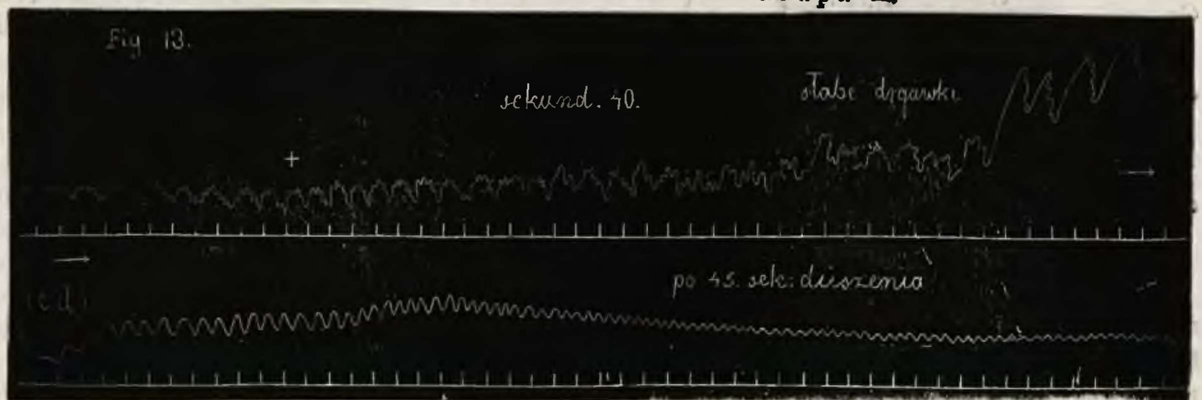
2) Jéj wysokość miejscami dochodząca do 20- i 30-krotnéj prawidłowéj jest we wszystkich trzech grupach mniéj więcéj równa.

Nadto pierwsze dwie grupy mają i ten szczegół wspólny, że i przy największém swém wzniesieniu okazują wahania oddechowe dość wybitne; tylko w trzeciéj grupie brak ich od początku.



Grupa II.

Przypatrując się dokładniéj jakości krzywych, w pierwszéj chwili bezpośrednio po zamknięciu tchawicy widzimy, że *a)* ilość krzywych oddechowych wzrasta, lecz po kilku sekundach powoli się zmniejsza i to właśnie wtedy, gdy wzniesienie się krzywéj parcia krwi zbliża się do swego maximum; *b)* szczyty drobniejsze zależne bezpośrednio od ilości skurczów serca z początku stają się częstsze, aby późniéj t. j. gdy parcie dochodzi do swego maximum, stać się rzadkiemi. Krzywizny zaś oddechowe, odpowiadające chwilom najwyższego parcia krwi, okazują tylko nader nieliczne szczyty „tętna“.



Wyrażając tedy słowami powyższe zmiany obrazów sfigmograficznych, możemy wypowiedzieć następujące twierdzenia, odnoszące się do pierwszéj połowy aktu dławienia:

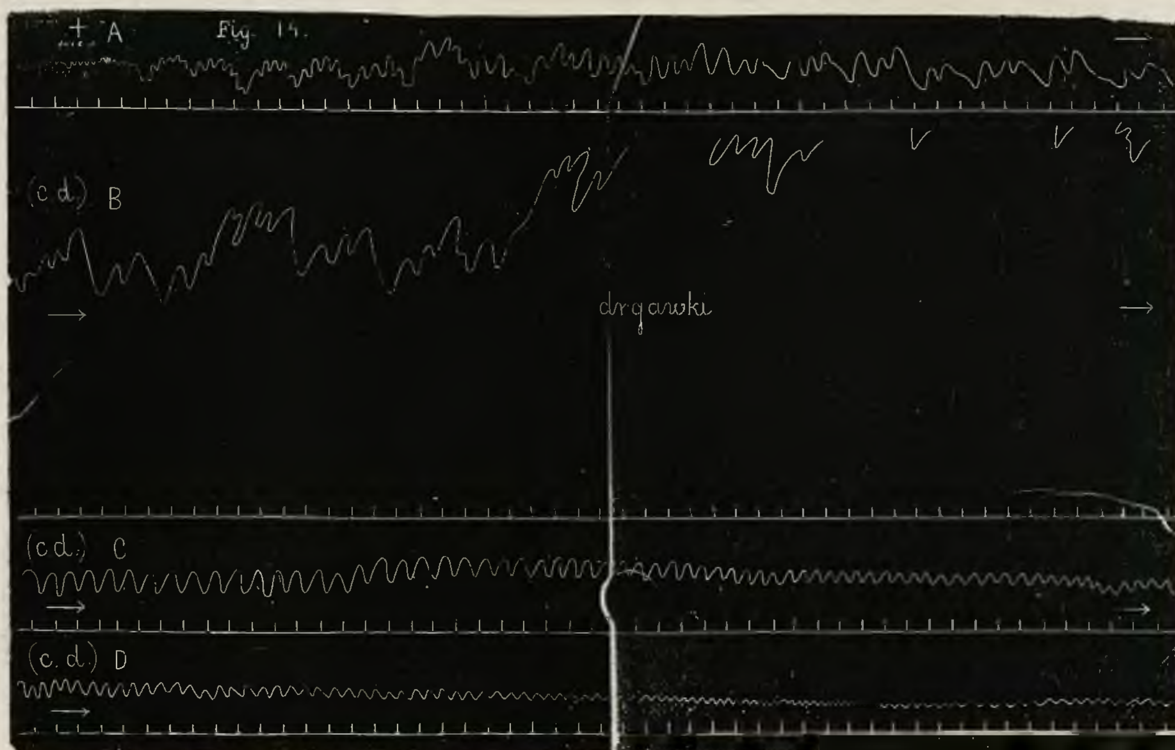
I. Nagłe, całkowite zniesienie przystępu powietrza do płuc przez zaciśnięcie tchawicy podwyższa parcie krwi mierzone w Carotis nader znacznie.

II. Parcie to dochodzi zawsze do 20- i 30-krotnéj ilości prawidłowego.

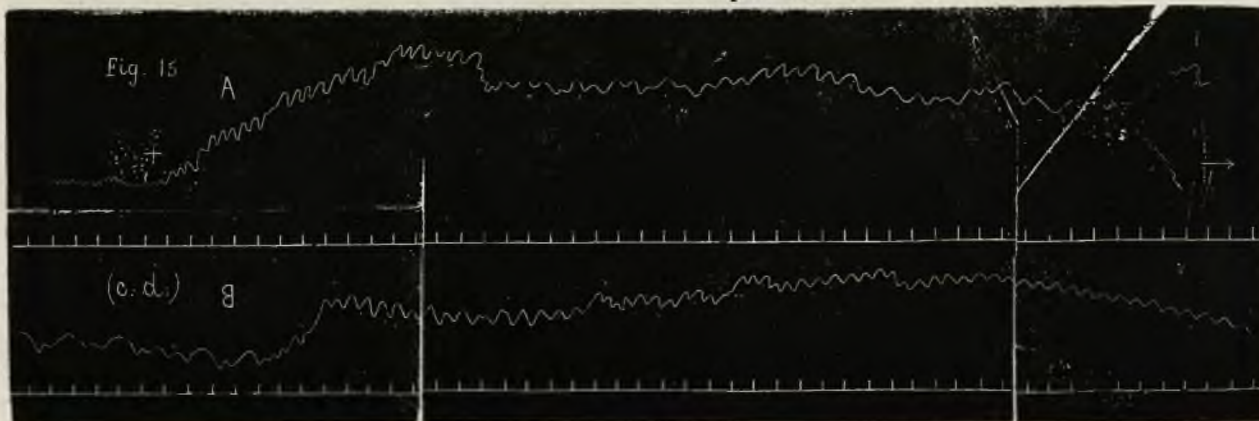
III. Czas, w którym parcie dosięga swéj wartości największéj odpowiada w jednych wypadkach kilku sekundom (nieraz i do 20); organizm nie zawsze zmienionem parciem krwi natychmiast reaguje, co się jednak w większości wypadków zazwyczaj dzieje.

IV. W wypadkach, gdzie parcie krwi natychmiast się znacznie zwiększa, akcyja serca jest szybszą.

V. W chwili jednak téj, gdzie parcie krwi dosięgło swego maximum i przez cały ciąg trwania takowego, akcyja serca jest powolniejszą.



Grupa III.



VI. Wysokość parcia skutkiem wystąpienia drgawek nieznacznych doznaje zmian.

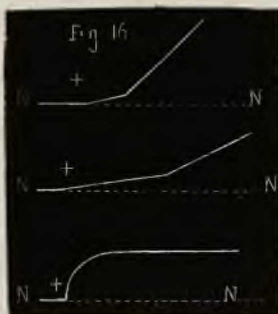
Co do zachowania się parcia krwi w drugiéj połowie aktu dławienia, to zestawienie odnośnych obrazów sfigmograficznych również ciekawe daje wyniki. Przedtém jeszcze słów kilka o trwaniu maximum parcia krwi i o przejściu tegoż w okres końcowy.

Czas, wśród którego krzywa utrzymywała się w swém maximum, bywa nader różny. Wszędzie jednakowoż to można było zauważyć, że jeżeli wysokość wzniesienia się krzywéj była znaczną, to i czas trwania tegoż maximum był znacznym, wynosił bowiem i 20 sekund. Dodać również winniśmy, że niezależnie od tego czy maximum parcia pojawiało się tuż po zaciśnięciu tchawicy czy téż późniéj nieco, zawsze: maximum parcia towarzyszyło głębokim wdechowym ruchom (ruchy oddechowe wrzekome), które jednakowoż trwały krócéj (o $^1/_3$ część czasu), niż owo maximum parcia. Jak łatwo bowiem rzut oka na obrazy sfigmograficzne pokazuje, wysokość parcia jest niezmienioną, a krzywizn oddechowych nie widać.

Grupa I.

Grupa II.

Grupa III.



Tak też właśnie przedstawia się okres przejściowy, gdzie wdechowe ruchy ustawały. Pojawienie się maximum parcia krwi, towarzyszącego przy zamkniętéj tchawicy głębokim ruchom wdechowym, należy uważać jako punkt graniczny, dzielący cały akt dławienia na dwie połowy, na dwa okresy. Przejście odbywało się nie jednostajnie, parcie krwi albo raptownie spada lub téż tylko powoli się zmniejsza.

Z natury rzeczy tedy wynika, że obrazy sfigmograficzne, temu drugiemu okresowi odpowiadające, przedstawiać nam będą obraz parcia krwi przy braku w ogóle ruchów oddechowych, gdzie zatém jeszcze tylko czynność serca jest właściwie objawem istniejącego zwierzęcia. (C. d. n.)

III. Sposób dokładnego oznaczania ilości treści płynnéj w żołądku ludzkim w celach klinicznych i fizyjologicznych.

Podał Dr. Walery Jaworski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34.)

c. Doświadczenia z zastosowaniem wzorów:

$$x = \frac{p_2 M}{p_1 - p_2} \text{ lub } x = 100 \frac{p_2}{p_1 - p_2}$$

Doświadczenie 5. W pół godziny po wprowadzeniu 500Ccm. świeżo z drutu fortepianowego utworzonego roztworu $FeCl_2$ o ciepłocie 40°C. do żołądka, zdołano wyciągnąć 510Ccm. płynu, który przesączono i w 100Ccm. przesączu znaleziono w ten sam sposób, jak przy doświadczeniu 4ém 0,0488 $Fe_2O_3 = p_1$. W celu oznaczenia ilości pozostałego płynu w żołądku wprowadzono przez sondę 100Ccm. wody przekropłonéj, w zwyczajny sposób wymięszano, poczém zdołano wyciągnąć 124Ccm. płynu odpowiadającego 0,0171% $Fe_2O_3 = p_2$ (90Ccm. przesączonéj cieczy dały 0,0154 Fe_2O_3).

Ztąd oblicza się:

$$x = 100 \frac{0{,}0171}{0{,}0488 - 0{,}0171} = 53{,}9 \text{ Ccm.}$$

niewyciągniętéj cieczy ze żołądka, zatém całkowita ilość płynu żołądkowego podczas aspiracyi wynosi:

$$510 + 53{,}9 = 563{,}9 \text{Ccm.}$$

Doświadczenie 6. W godzinę po wypiciu 400

Ccm. rozczynu $MgCl_2$ zdołano wyciągnąć 118Ccm płynu odpowiadającego 0,4576% $Mg_2P_2O_7 = p_1$ (w 50Ccm. na połowę rozcieńczonego i przesączonego płynu żołądkowego znaleziono 0,1144 $Mg_2P_2O_7$). Po wprowadzeniu 100Ccm. wody przekroplonéj i wymięszaniu zdołano wyciągnąć 116 Ccm. cieczy odpowiadającéj 0,0832% $Mg_2P_2O_7 = p_2$ (gdyż w 25Ccm. na połowę rozcieńczonéj i przesączonéj cieczy znaleziono 0,0104 $Mg_2P_2O_7$).

Ztąd wypada ilość pozostałego płynu w żołądku

$$x = 100 \frac{0,0832}{0,4576 - 0,0832} = 22,2 \text{Ccm.}$$

a całkowita ilość płynu żołądkowego w czasie aspiracyi

$$118 + 22.2 = 130,2 \text{ Ccm.}$$

B. Doświadczenia o skombinowaném oznaczeniu i obliczeniu.

Aby mieć możność sprawdzenia otrzymanych wyników oznaczano z jednéj strony ilość chlorków w cieczy po pierwszy i wtóry raz wyciągniętéj, jakotéż zawartość odsetkową soli w tak wprowadzonym rozczynie wolnym od chloru jakotéż i w wyciągniętym płynie żołądkowym po wymięszaniu. Tym sposobem otrzymano podwójne oznaczenia, wynikające tak ze zmiany rozcieńczenia pierwotnego soku żołądkowego, jakotéż i ze zmiany rozcieńczenia we wprowadzonéj cieczy, a podstawiając wartości otrzymane we dwa różne wzory, powinno się otrzymać zgodne wyniki, jeżeli wymięszanie płynów w żołądku jest dokładne. A że to jest możliwém wykazują wypadki poniżéj przytoczonych doświadczeń. Sposób postępowania przy doświadczeniach był ten sam, co i pod A. używany; tylko w celu wymięszania płynów w żołądku nie wprowadzano bańki powietrza z flaszki, lecz za pomocą przerywanego wdmuchiwania i wypuszczania powietrza ustami przez 1—2 minut.

Doświadczenie 7. W pół godziny po wprowadzeniu 1293 cm. tlenu do żołądka zdołano w celu zbadania treści wydzielonéj wyciągnąć 31Ccm. płynu odpowiadającego 80%Ccm. dziesiętnonormalnego rozczynu $AgNO_3 = p_1$ (gdyż 10 Ccm. na 4 razy rozcieńczonéj i przesączonéj cieczy spotrzebowały 2·0 rozczynu srebrowego). Potém wprowadzono 100Ccm. rozczynu Na_2SO_4 wolnego od Cl, odpowiadającego 1·749$BaSO_4$=P (z 10Ccm. otrzymano 0·1749Ba.SO_4), wymięszano w sposób powyżéj wymieniony i wyciągnięto 107Ccm. cieczy ze żołądka odpowiadającéj 1·159%$BaSO_4 = p_2$ i 26%Ccm. rozczynu dziesiętnonormalnego $AgNO_3 = p_2$ (gdyż 20Ccm. płynu żołądkowego na połowę rozcieńczonego i przesączonego wydały 0·1159 $BaSO_4$ i w dwóch oznaczeniach po 10Ccm. znaleziono po 1·30 Ccm. rozczynu srebrowego. Ponieważ rozczyn siarkanu sodowego w tym przypadku należy uważać ze względu na Cl jako wodę przekroploną, to oblicza się ilość płynu w żołądku z powyższych danych dla Cl według wzoru: III. b.

$$x = 100 \frac{26}{80-26} = 49·6 \text{Ccm.}$$

płynu ze żołądka niewyciągniętego, zaś z wartości otrzymanych dla rozczynu Na_2SO_4 wypada według wzoru II b.:

$$x = 100 \left(\frac{1·749}{1·159} - 1\right) = 50·9 \text{Ccm.}$$

również jako ilość płynu ze żołądka niewyciągniętego.

Różnica obydwu oznaczeń wynosi:

$$50·9 - 49·6 = 1·3 \text{Ccm.}$$

i obraca się jak dla doświadczenia fizyjologicznego w granicach przypuszczalnego błędu, tłumaczącego się po części trudnością ilościowego oznaczenia ciał w płynie zawierającym znaczną ilość ciał organicznych, a po części tém, że wymięszanie płynów z bezwzględną ścisłością w tak nieforemném naczyniu jakiém jest żołądek, nie zawsze tak łatwo nastąpić może; owszem przypuścić należy, że zgęszczenie wlanego rozczynu Na_2SO_4 w pobliżu sondy będzie nieco większe niż w oddaleniu, podczas gdy przeciwnie zgęszczenie co do chlorków zawartych w treści żołądkowéj najmniejsze będzie przy sondzie, a największe przy ścianach żołądka. Ztąd téż ze stopnia rozcieńczenia otrzymane obliczenia będą w jednym przypadku za nizkie, a w drugim za wysokie. Jednak ze względu na tę okoliczność, że o ile rozcieńczenie jednego rozczynu wypadnie za małe, o tyle (w przybliżeniu tylko) rozcieńczenie drugiego płynu będzie za wielkie, przyjąć należy za najwięcej do rzeczywistości zbliżoną wartość z obydwu otrzymanych wypadków ich średnią arytmetyczną:

$$\frac{49·6 + 50·9}{2} = 50·2 \text{Ccm.}$$

Ztąd całkowita ilość płynu w żołądku wynosi:

$$31 + 50·2 = 81·2 \text{Ccm.}$$

Doświadczenie 8. W pół godziny po wprowadzeniu 1320Ccm. ozonu do żołądka czczego zdołano wyciągnąć sondą 24Ccm. płynu, którego 100Ccm. odpowiadały 82·0Ccm. dziesiętnonormalnego rozczynu $AgNO_3 = p_1$ (w dwóch oznaczeniach po 10Ccm. soku żołądkowego rozcieńczonego, cztery razy wodą przekroploną i przesączonego spotrzebowano 2·05 i 2·10Ccm. rozczynu srebrowego). Wprowadzono potém 100 Ccm. rozczynu $MgSO_4$ odpowiadającego 3·904 $BaSO_4$ = P (w 10 Ccm. rozczynu znaleziono 0·3094 $BaSO_4$) poczém zdołano wyciągnąć tylko 51Ccm. cieczy odpowiadającéj 54·5%Ccm. rozczynu srebrowego $= p_2$ i 1·2944%$BaSO_4 = p_2$ (dla dwóch oznaczeń po 10Ccm. cieczy żołądkowéj na połowę rozcieńczonéj i przesączonéj znaleziono 2·70 i 2·75Ccm. rozczynu srebrowego i w 25Ccm. tego samego przesączu 0·1618$BaSO_4$).

Ztąd wypada ilość płynu pozostałego w żołądku obliczona z wypotrzebowanéj ilości rozczynu srebrowego:

$$x = 100 \frac{54·5}{82-54·5} = 198·2 \text{Ccm.}$$

a ze znalezionéj ilości $BaSO_4$:

$$x = 100 \left(\frac{3.904}{1·2944} - 1\right) = 201 \text{Ccm.}$$

Błąd doświadczalny wynosi:

201. — 198.2 = 2·8Ccm. czyli 1·4%.

Zbliżona wartość:

$$\frac{201 + 198·2}{2} = 199·1 \text{Ccm.}$$

Ztąd całkowita zawartość płynu po wprowadzeniu Oz. do żołądka:

$$24 + 199·1 = 223·9 \text{Ccm.}$$

Doświadczenie 9. W celu oznaczenia ilości płynu w czczym żołądku rano zdołano wyciągnąć 40Ccm. płynu odpowiadającego 14·0%$=p_1$ rozczynu dziesiętnonormalnego ługu sodowego (15Ccm. w trójnasób rozcieńczonego i przesączonego soku żołądkowego wypotrzebowały 0·7Ccm. ługu). Po wprowadzeniu kwaśnego rozczynu Na_2SO_4 odpowiadającego 1·750%$BaSO_4$=P i 1·75Ccm.% dziesiętnonormalnego ługu sodowego = P (dwa oznaczenia po 10Ccm. rozczynu dały 0·1764 i 0·1749$BaSO_4$ i 0·175Ccm. ługu), zdołano wyciągnąć 91Ccm. cieczy wykazującéj 0·140%$BaSO_4 = p_2$ i 4·0% Ccm. dziesiętnonormalnego ługu sodowego $= p_2$ (w dwóch oznaczeniach po 20Ccm. na połowę rozcieńczonego i przesą-

czonego płynu otrzymano 0·1414 i 0·1394$BaSO_4$ jakotéż po 0·4Ccm. ługu).

Ze znalezionych dla $BaSO_4$ wartości oblicza się według wzoru II. b.:

$$x = 100 \left(\frac{1·75}{1·40} - 1\right) = 25 \text{Ccm.}$$

a z kwasoty czyli wypotrzebowanego ługu sodowego według wzoru I. b.:

$$x = 100 \frac{1·75 - 4}{4·0 - 14} = 22·5 \text{Ccm.}$$

Ztąd średnia ilość płynu ze żołądka niewyciągniętego:

$$\frac{25 + 22·5}{2} = 23·7 \text{Ccm.}$$

a całkowita ilość płynu w żołądku czczym wynosi:

$$23·7 + 40 = 63·7 \text{Ccm.}$$

Doświadczenie 10. W ćwierć godziny po wypiciu 500Ccm. wody flaszkowéj karlsbadzkiéj ze źródła Mühlbrunn o ciepłocie 50°C. zdołano wyciągnąć 80Ccm. płynu wydającego 0·311% $BaSO_4 = p_1$ (dwa oznaczenia po 20Ccm. na połowę rozcieńczonego i przesączonego płynu dały 0·0309 i 0·0314 $BaSO_4$). Po wprowadzeniu 200Ccm. rozczynu świeżo utworzonego $FeCl_2$ odpowiadającego 0·690 Fe_2O_3=P (dla 10 Ccm. rozczynu znaleziono 0·0345 Fe_2O_3), wyciągnięto 234Ccm. cieczy odpowiadającéj 0·2728% $Fe_2O_3 = p_2$ i 0·0620% $BaSO_4 = p_2$ (gdyż 20Ccm. przesączonéj cieczy wydały 0·0124 $BaSO_4$, a 50 Ccm. niesączonéj, tylko z $HCl + KClO_3$ kilkakrotnie wygotowanéj, z Na_2CO_3 odparowanéj i wyżarzonéj, w HCl rozpuszczonéj i za pomocą $NaC_2H_3O_2$ strąconéj cieczy dały 0·1364 Fe_2O_3).

Znalezione ilości dla $BaSO_4$ dają:

$$x = 200 \frac{0·062}{0·311 - 0·062} = 50 \text{Ccm.};$$

a wartości otrzymane dla Fe_2O_3 dają:

$$x = 100 \frac{0·6900}{0·2728} - 200 = 52 \text{Ccm.}$$

Różnica oznaczeń: 52—50=2.

Przybliżona wartość: $\frac{50 + 52}{2} = 51$ Ccm.

Ztąd całkowita ilość płynu w żołądku w czasie aspiracyi:

$$80 + 51 = 131 \text{Ccm.}$$

Doświadczenie 11. W ćwierć godziny po wypiciu 500Ccm. wody flaszkowéj ze źródła Rakoczego w Kissindze o ciepłocie 10·5°C. wyciągnięto 220Ccm. płynu odpowiadającego 96·0Ccm. % dziesiętnonormalnego $AgNO_3 = p_1$ (w dwóch doświadczeniach po 10Ccm. przesączonéj cieczy żołądkowéj zużyto po 9·6Ccm. rozczynu srebrowego). Potém wprowadzono do żołądka 100Ccm. rozczynu kw. fosforowego wolnego od Cl, odpowiadającego 1·282 $Mg_2P_2O_7$=P (20Ccm. rozczynu H_3PO_4 wydały 0·2564 $Mg_2P_2O_7$), a następnie zdołano wyciągnąć 123Ccm. płynu, dla którego otrzymano 0·912% $Mg_2P_2O_7 = p_2$ i 29·0Ccm% rozczynu dziesiętnonormalnego $AgNO_3 = p_2$ (20Ccm. przesączonéj cieczy wydały 0·1824 $Mg_2P_2O_7$ a w dwóch oznaczeniach po 10Ccm. zobojętnionego przesączu znaleziono 2·90 rozczynu srebrowego).

Ze znalezionych wartości dla $Mg_2P_2O_7$ oblicza się:

$$x = 100 \left(\frac{1·320}{0·942} - 1\right) = 40·1;$$

a z wypotrzebowanéj ilości soli srebrowéj:

$$x = 100 \frac{29}{96 - 29} = 43·2;$$

Średnia wartość: $\frac{43·2 + 40·1}{2} = 41·7$;

jako ilość niewyciągniętego płynu w żołądku. Ztąd całkowita ilość płynu żołądkowego wynosi:

$$220 + 41·7 = 261.7 \text{Ccm.}$$

C. Doświadczalne stwierdzenie prawdziwości i dokładności podanéj metody.

Aby mieć miarę o wielkości popełnionego błędu doświadczalnego przy zastósowaniu téj metody w obec najkorzystniejszych warunków a równocześnie stwierdzić doświadczalnie prawdziwość wyżéj wyprowadzonych wzorów, przedsięwzięto w dodatku szereg (może zbytecznych) doświadczeń, biorąc zamiast treści żołądkowéj, odmierzoną ilość wody przekroplonéj lub cieczy odmiareczkowanéj, a zamiast żołądka półlitrową kolbkę, pozostawiając resztę przyrządów i manipulacyję taką samą, jak w powyższych doświadczeniach. Jako cieczy służącéj do oznaczenia użyto miareczkowanego rozczynu soli kuchennéj, odpowiadającego dokładnie 124 Ccm.% dziesiętnonormalnego rozczynu $AgNO_3$=P.

Doświadczenia 12 i 13. 50Ccm. rozczynu NaCl odpowiadającego 42 Ccm. % rozczynu dziesiętnonormalnego $AgNO_3 = p_1$ wlano przez sondę do kolbki; potem przez tę samą sondę wlano 100Ccm. rozczynu NaCl odpowiadającego 124Ccm. rozczynu srebrowego=P; sondę kilkakrotnie poruszono i wdmuchiwano przez minutę powietrze; poczém wciągnięto przyrządem aspiracyjnym ciecz z kolbki, która odpowiadała 96Cm.% rozczynu srebrowego dziesiętnonormalnego $= p_2$ (10Ccm. rozczynu zużyty 9·6Ccm. rozczynu srebrowego.

Drugie doświadczenie z temi samemi płynami i w ten sam sposób przedsiębrane wydało również dla 10Ccm. wyciągniętéj z kolbki cieczy 9·6Ccm. rozczynu srebrowego.

Ztąd oblicza się według wzoru I. b.:

$$x = 100 \frac{124 - 96}{96 - 42} 50·9 \text{Ccm.}$$

jako ilość płynu znajdującego się w kolbce, podczas gdy rzeczywiście znajdowało się 50Ccm. Błąd więc doświadczalny wynosi 0·9 czyli 1·8%.

Doświadczenia 14 i 15. Do kolbki wlano 50Ccm. wody przekroplonéj; przez sondę zwilżoną wodą przekroploną wlano 100Ccm rozczynu NaCl zużywającego 124 Ccm. rozczynu dziesiętnonormalnego $AgNO_3$=P; wyciągnięto z kolbki ciecz odpowiadającą 82·5Ccm.% tego samego rozczynu srebrowego $= p_2$. Drugie doświadczenie z temi samemi cieczami i w ten sam sposób przedsiębrane wykazało w cieczy aspirowanéj również 82·5%Ccm. rozczynu srebrowego.

Ztąd wypada według wzoru II. b.:

$$x = 100 \left(\frac{124}{82·5} - 1\right) = 50·3 \text{Ccm.}$$

zamiast 50Ccm., czyli 0·6% jako błąd doświadczalny.

Doświadczenia 16 i 17. Do kolbki przez zwilżoną sondę wprowadzono 100Ccm. rozczynu NaCl odpowiadającego 124Ccm. rozczynu dziesiętnonormalnego $AgNO_3 = p_1$. Potem tą samą sondą wlano 100Ccm. wody przekroplonéj. Wyciągnięta ciecz z kolbki odpowiadała dokładnie 62Ccm.% dziesiętnonormalnego $AgNO_3 = p_2$. Drugie doświadczenie w ten sam sposób i z temi samemi cieczami przedsiębrane wykazało i dla cieczy wyciągniętéj również 62Ccm.% rozczynu srebrowego. Ztąd wypada według wzoru III. b.:

$$x = 100 \frac{62}{124 - 62} = 100·0 \text{Ccm.}$$

zgodnie z rzeczywistością; błąd doświadczalny przy użyciu wzoru III. b. wynosi zatém 0%. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

A. Fournier: **De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (Tabes specifique). Leçons cliniques professées à l'hôpital Saint Louis.** Paris. 1882. G. Masson, éditeur. W 8ce, str. 396.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 34).

II. ***Schodzenie ze schodów.***

Jednym z pierwszych przypadów rozpoczynającego się bezładu jest trudność schodzenia ze schodów dla tego, ponieważ wymaga dokładnéj koordynacyi mnóstwa ruchów prostych. Ażeby przypad ten obserwować należycie, powinien lekarz stanąć na dole i uważać na chorego schodzącego z góry po schodach. Jestto próba bardzo prosta, do swego celu nadzwyczaj odpowiednia i czuła, bo dotknięty nawet bardzo nieznacznym bezładem ruchowym łatwo się przy niéj zdradzi ze swém cierpieniem.

III. ***Znak przez zamknięcie oczu.***

Wiadomo, jak ważną rolę w koordynacyi ruchów gra wzrok u ludzi dotkniętych bezładem. Odjęcie zatém tego zmysłu pozbawia ruchy złożone kierownika a skutkiem tego okazuje się bezład. Każdy też taki chory chwieje się na nogach w rozmaite strony, jeżeli każe mu się stanąć na nogach blisko siebie postawionych a oczy zamknąć. Oczywiście, że w pierwszych okresach bezładu chwianie się to na nogach jest nieznaczne i daje się nieraz dostrzegać dopiero po kilku minutach.

IV. ***Stanie na jednéj nodze.***

Lubo pozycyja ta z natury swéj nie pozwala na równowagę stałą, nie ma atoli wątpliwości, iż ludzie zdrowi z łatwością mogą ją przez czas jakiś utrzymać. Inaczéj rzecz się ma z dotkniętymi bezładem. Jeżeli im już trudno utrzymać równowagę na obydwóch nogach, to oczywiście tém łatwiéj i tém rychléj tracą ją i chwieją się stojąc na jednéj nodze. Jestto próba nader prosta, czuła i stanowcza.

V. ***Stanie na jednéj nodze z oczyma zamkniętemi.***

Jestto połączenie dwóch sposobów co właśnie podanych, próba bardzo czuła i prosto do celu prowadząca. F. opisuje dokładnie przypadek, w którym wszystkie próby poprzednie zawiodły, a dopiero stanie na jednéj nodze z oczyma zamkniętemi wykryło natychmiast bezład i to daleko większy, niż się tego z góry można było spodziewać.

VI. ***Zniesienie odruchów ścięgnistych*** mianowicie rzepkowych czyli tak zwany znak Westfalowski.

Przypad ten nie ma wprawdzie téj ważności patognomonicznéj, jaką mu z początku przypisywano, bo trafia się w innych chorobach układu nerwowego, jak ogólném porażeniu postępowém, uciśnieniu rdzenia pacierzowego, zapaleniu przedniéj istoty szaréj, rdzenia pacierzowego ostrém i przewlekłém, porażeniach obwodowych, niekiedy prawdopodobnie także u ludzi zupełnie zdrowych a nawet przytoczono przypadki wiądu pacierzowego, gdzie odruchy ścięgniste, o których mowa, były prawidłowe lub nawet podwyższone, to jednakowoż jest rzeczą pewną, że zniesienie lub zmniejszenie odruchów ścięgnistych rzepkowych jest przypadem bardzo pospolitym, prawie stałym w wiądzie pacierzowym, nawet w pierwszych jego okresach. Wybadać ten przypad najłatwiéj uderzając krawędzią ręki lub młotkiem perkusyjnym w odpowiednie ścięgno, gdy chory siedzi na podwyższeniu np. na stole a nogi ma wolno na dół spuszczone.

Przypady bezładu tłumaczą się nie z porażenia, jak to dawniéj mniemano, ale z braku regulatora, któryby kierował, miarkował skurcze mięśniów i prowadził je do zamierzonego celu. Że bezład przez kiłę wywołany nie może się niczém różnić od bezładu z innéj przyczyny powstałego, mówiliśmy już poprzednio.

Ataksyja w wiądzie pacierzowym nagabuje przedewszystkiém a w wielu razach nawet wyłącznie odnogi dolne, lubo znane są przypadki, gdzie ataksyja objawiała się głównie i to przez długi czas tylko w odnogach górnych, nim wystąpiła w dolnych; są to atoli wyjątki. Ataksyja z zasady postępuje powoli, ale ciągle i doprowadza nakoniec do tego stanu, iż mięśnie nie zdolne do żadnéj koordynacyi nie mogą wykonać razem żadnych ruchów złożonych, czego ostatecznym jest wypadkiem zupełne zniesienie ruchów dowolnych a tém samém stan zupełnie równoznaczny z porażeniem.

Okres bezładu w wiądzie pacierzowym kiłowym składa się z rozmaitych przypadków, które wszystkie grupują się koło bezładu. Ważniejsze z nich są:

1) Bóle już w ogólności poprzednio opisane. Pamiętać należy, iż nie u wszystkich chorych występują one jednakowo; gdy u jednych są lekkie i rzadkie, są u drugich częstsze i gwałtowniejsze a w innych przeważają nad wszystkiemi innemi objawami i stanowią prawdziwą torturę. Są chorzy, którzy z małemi przestankami cierpią na nie całe dziesiątki lat.

2) Utrata czucia przeważnie na odnogach dolnych i dolnéj połowie tułowia występuje w tym okresie zazwyczaj o wiele wybitniéj niż przedtém. Zmysł ciepłoty najrzedziéj i najmniéj i teraz ulega upośledzeniu. Nierzadką jest téż częściowa nadczułość.

3) Zboczenia w czynnościach organów moczopłciowych są cięższe i wybitniejsze niż dawniej i dochodzą pospolicie do zupełnéj niezdolności płciowéj, całkowitego zniesienia popędu płciowego, nieczułości i porażenia pęcherza moczowego, co zmusza do używania cewnika lub odbieralników na mocz.

4) Zboczenia w przewodzie pokarmowym prowadzą głównie do opóźnienia oddawania stolca a następnie do coraz większéj obstypacyi, która do takiego nieraz dochodzi stopnia, iż wypróżnienie kiszki odchodowéj nabiera dla chorych wagi i znaczenia nieledwie porodu. Nierzadko rozwolnienie stanowi odmianę w obstypacyi.

5) Zboczenia w odżywianiu części bezładem ruchowym nawiedzonych objawiają się suchością skóry, łuszczeniem się przyskórka, zgrubieniem jego naśladującém rybią skórę, wychudnieniem i zwiotczeniem mięśniów.

Wpływ choroby na stan ogólny w wielu przypadkach kach jest widoczny w postaci wycieńczenia całego ustroju, lubo nierzadkie są od tego wyjątki, gdzie zdrowy wyraz twarzy a nawet wesołe usposobienie w dziwny sposób odbijają na tle ciężkiéj choroby.

Mówiliśmy, że kiłowy wiąd pacierzowy odznacza się niezwykłą wielopostaciowością i że w pierwszym okresie przed bezładem nie ma prawie dwóch przypadków zupełnie jednakich. Otóż, lubo i w okresie bezładu panuje nadzwyczajna rozmaitość, to jednakowoż w ogólności wszystkie przypadki powoli stają się co raz bardziéj do siebie podobniejszemi, lubo i teraz bardzo wiele jest między niemi różnicy. Jeżeli te różnice są bardzo wybitne i ważne pod względem klinicznym, nadać mogą i nadają rzeczywiście rozmaitym odmianom cechę osobnych form a takich byłoby ze względów praktycznych pięć: amaurotyczna, żołądkowa, krtaniowa, stawowa, hemiataktyczna.

Forma amaurotyczna jest ważną z dwóch powodów: raz, że wiąd pacierzowy może się objawiać wyłącznie upośledzeniem wzroku a powtóre, ponieważ forma ta jest nader ciężką i nieuleczną. Wiąd pacierzowy kiłowy objawia się nieraz przez długie lata, zdaniem Fourniera nawet przez pięć lat, wyłącznie upośledzeniem wzroku. Twierdzą wprawdzie niektórzy, iż nieraz i dłużéj wiąd pacierzowy objawiał się tylko tym sposobem, bardzo łatwo wszakże można przypuścić, iż nie badano chorych tak dokładnie jak teraz a przeto nie wykrywano innych zboczeń chorobowych. Zresztą rozumie się samo przez się, iż zazwyczaj towarzyszą formie amaurotycznéj inne przypady, atoli nie tak ważne i wybitne jak upośledzenie wzroku.

Oczywistą jest rzeczą, iż takiéj amaurotycznéj formy wiądu pacierzowego kiłowego nieraz nie rozpoznawano właściwie z wielką dla chorych szkodą, ponieważ nie sądzono, by wiąd pacierzowy mógł się objawiać tak wyłącznym sposobem. Tego błędu teraz dopuszczać się nie wolno a posłużą do tego przepisy: 1) u każdego chorego, który skarży się na upośledzenie wzroku, badać dokładnie sposobami już poprzednio podanemi, czy nie ma u niego wiądu pacierzowego; 2) zbadać najdokładniéj zboczenia czynnościowe oka samego, ich cechy i rozwój a następnie zbadać przedmiotowo równie dokładnie tarczę nerwu wzrokowego.

Zmiany w nerwie wzrokowym odznaczają się według poszukiwań osobliwie Gałęzowskiego pod względem rozwoju tém 1) że zboczenia wzroku rozpoczynają się prawie zawsze na jedném oku a dopiero późniéj nagabują drugie oko i 2) że rozpoczynają się od bardzo nieznacznego upośledzenia a postępując powoli ale ciągle doprowadzają do zupełnéj utraty wzroku.

Do zmniejszenia bystrości wzroku przyłączają się utrudnienie rozpoznawania barw osobliwie czerwonéj i zielonéj, gdy żółtą i niebieską chorzy dobrze rozróżniają, tudzież dośrodkowe zwężenie pola widzenia z wykrawkami w formie wycinków koła.

Nadto wykazuje badanie przedmiotowe: 1) zwężenie źrenic bardzo często nierówne na obu oczach a nieraz nader znaczne, 2) odbarwienie tarczy nerwu wzrokowego, która jest bledszą niż zwykle, niebieskawą, ostro odgraniczoną i nie okazuje żadnéj zmiany w średnicy naczyń, czém się różni od zaniku zapalnego, gdzie tętnice są zwężone a żyły rozszerzone i pokręcone. Zdaniem niektórych oftalmologów a między nimi Gałęzowskiego taki obraz tarczy nerwu wzrokowego jest tak odrębny, że po nim samym można rozpoznać wiąd pacierzowy. W ten sposób można samym wziernikiem ocznym wykryć chorobę a nieraz także i jéj przyczynę a zastosowawszy właściwe leczenie przeciwkiłowe nie tylko ograniczyć zboczenie w zakresie wzroku, lecz zapobiedz zarazem wybuchowi innych przypadów ze strony układu nerwowego.

Forma stawowa jest bardzo rzadka. Polega ona na tém, że niektóre stawy, szczególniéj kolanowy i biodrowy a wraz z niemi odnogi obrzmiewają nagle skutkiem nagromadzenia się mazi stawowéj, które odbywa się bardzo prędko i na zimno bez żadnych objawów zapalnych i utrudnia ruchy jedynie mechanicznie. Nabrzmienie to stawów albo znika tak prędko jak powstało albo prowadzi do trwałych zboczeń anatomicznych stawów, przerostu nasad kostnych a częściéj jeszcze do zaniku końców stawowych kości, co wywołuje następnie nadwichnienia i zwichnienia zupełne mianowicie w stawie biodrowym.

Forma hemiataktyczna. Wiadomo, iż bezład nagabuje zazwyczaj obydwie połowy ciała symetrycznie. Trafiają się jednak od tego wyjątki, w których bezład i inne przypady wiądu pacierzowego występują przeważnie i to nieraz bardzo przeważnie tylko w jednéj połowie ciała i dopiero po niejakim czasie rozwijają się i w drugiéj połowie. Najrzadsze są przypadki, gdzie zboczenia w wiądzie pacierzowym rozwijają się prawie wyłącznie w jednéj połowie ciała i zasługują na miano prawdziwego bezładu połowiczego czyli hemiataksyi. Tak przytacza Fournier przypadek przez Bourdona postrzegany, w którym u kiłowego rozwinął się wiąd pacierzowy prawie wyłącznie po stronie lewéj i w którym leczenie swoiste usunęło po 40 dniach prawie zupełnie wszelkie objawy chorobowe.

Formy powikłane. Kiłowy wiąd pacierzowy łączy się nierzadko ze zboczeniami niezwykłemi dla niego, jako będącego wyrazem zmiany anatomicznéj w pewnych częściach rdzenia pacierzowego. Zboczenia te nader ważne pod względem praktycznym dadzą się odnieść bądź to do rdzenia pacierzowego bądź do mózgu.

Co do rdzenia pacierzowego nie ma wątpliwości, że kiłowy wiąd pacierzowy łączy się nierzadko z porażeniem poprzeczném jako przypadem rdzeniopacierzowym w ten sposób, że porażenie występuje przed objawami wiądu lub że jedno i drugie ukazują się równocześnie we wczesnym lub późnym okresie choroby. Tak samo zanik mięśniowy symetryczny może łączyć się z wiądem pacierzowym.

Przypady mózgowe w kiłowym wiądzie pacierzowym można podzielić na takie, które wiąd poprzedzają, i na takie, które występują już po ukazaniu się wiądu.

Według własnych spostrzeżeń autora do pierwszych należą zboczenia psychiczne w postaci zmiany w usposobieniu moralném, napady padaczkowate, apoplektyczne, porażenie połowicze, wrzekome porażenie ogólne u kiłowych z właściwemi zmianami anatomicznemi w oponach, istocie szaréj półkul i rozszerzeniem komor mózgowych. Do drugiego rodzaju liczymy te, które nieraz są zakończeniem wiądu pacierzowego jak afazyja i padaczka (w rzadkich przypadkach), porażenia połowicze poprzedzone atakami apoplektycznemi, zboczenia umysłowe w postaci bredzenia, obłędu ogłupienia i porażenia ogólnego. To ostatnie jest najpospolitszém zakończeniem kiłowego wiądu pacierzowego.

Z tego dwojakiego łączenia się zboczeń mózgowych z przypadami wiądu wypływają dwie ważne okoliczności: 1) są przypadki, gdzie objawy mózgowe równoważą się z rdzeniopacierzowemi a i 2) takie, gdzie objawy mózgowe przeważają nad rdzeniopacierzowemi a tém samém je zacierają, co dać powód może do grubych pomyłek ze strony lekarza.

To łączenie się objawów mózgowych z rdzeniopacierzowemi samo przez się nie dowodzi wprawdzie kiły z zupełną pewnością, przemawia atoli bardzo za nią a pochodzi ztąd, iż kiła dąży do rozsiewania po całym układzie nerwowym osobliwie mózgu i rdzeniu pacierzowym właściwych zmian anatomicznych. Na tém się opierając możemy rozróżnić kiłowy wiąd pacierzowy od niekiłowego tak samo, jak możemy rozróżnić nie z bezwzględną pewnością ale z bardzo wielkiém podobieństwem do prawdy porażenie połowicze kiłowe od takiegoż porażenia z innéj przyczyny. Obecność zatém objawów mózgowych w wiądzie pacierzowym powinna zawsze wzniecać podejrzenie o kiłę i skłaniać do jak najdokładniejszego badania w tym kierunku.

Wiąd pacierzowy kiłowy przebiega wprawdzie powoli, ale postępuje ciągle naprzód. Zazwyczaj można w nim wykazać dwa okresy, o których już mówiliśmy. Okres trzeci jest tylko zakończeniem przez wzmożenie się przypadów z poprzednich okresów. Wielu chorych zresztą do niego nie dochodzi ginąc przedtém, bądź to z chorób ostrych, bądź z gruźlicy, bądź też z powikłań wiądu mianowicie ze strony mózgu. Rzadko bardzo choroba zatrzymuje się na jakiś czas w swym biegu lub nawet nieco poprawia. Czy się to dzieje pod wpływem terapii, trudno teraz jeszcze rozstrzygnąć. Od zwyczajnego, powolnego przebiegu stanowią wyjątek formy nagłe, gdzie przypady wiądu rozwijają się w bardzo krótkim stosunkowo czasie, i formy z wczesnym bezładem lub poczynające się od bezładu. (C. d. n.)

Dr. Walford: **Zapobiegawcze leczenie płonicy i innych chorób zakaźnych.**

W Lancecie pomieszczono list Dra Walforda dotyczący ochrony przed chorobami zakaźnemi, głównie przed płonicą, a zasługujący na uwagę, podajemy go przeto w streszczeniu. Autor zwraca najpierw uwagę na to, że gdy ktoś z rodziny zapadnie na płonicę, najczęściéj najlepsze zarządzenia, do jakich się zwykle uciekamy, nie chronią innych osób, stosujemy je bowiem zwykle za późno, gdyż osoby te były już narażone na zakażenie, zanim odkryliśmy chorobę. Autor sądzi, że jest to upokarzającém dla sztuki lekarskiéj, gdy nieraz wśród epidemii na widok grona dzieci, stanowiącego pociechę rodziny, lekarz przewidywać musi, iż w ciągu dni kilku niejedno z tych dzieci ulegnie chorobie, która może się skończyć nawet dla wielu z nich śmiertelnie; w ciągu tego okresu wylęgania jesteśmy jednak bezsilni, niezdolni do usunięcia nieuniknionego nieszczęścia. Dochodzi nawet do tego, że ludność widząc bezskuteczność zarządzeń lekarskich, lekceważy je. W obec tego stanu rzeczy sądzi Dr. W., że w ciągu kilku lat ostatnich nabył przekonania, iż nie jesteśmy pozbawieni odpowiednich środków, jakby się zdawało. Prawie wątpić nie można, iż teoryja zarodków odnosi się tak do płonicy jak do innych chorób zakaźnych, i że prawdopodobnie wkrótce uda się odkryć *bacillus* lub *bacterium scarlatinae*, aczkolwiek, o ile wiadomo, nie czyniono dotąd w tym kierunku żadnych doświadczeń. W ciągu ostatnich dwu lub trzech lat usiłował autor listu powstrzymać rozwój zarodków, jaki się prawdopodobnie w okresie wylęgania we krwi odbywa. Mając na uwadze opis spostrzeżenia przed kilku laty ogłoszonego w Lancecie, iż nie podobna zaszczepić krowiankę ze skutkiem osobie leczonéj arszenikiem, a oraz jak długo ciało zastrzyknięte arszenikiem opiera się rozkładowi, i że tak samo zachowuje się ciało osób otrutych arszenikiem, wpadł Dr. W. na myśl, że prawdopodobnie zadając osobie narażonéj na zakażenie arszenik, można ciało jéj uczynić niesprzyjającém rozwojowi przyrzutu płonicowego. Znamy też skuteczne zastosowanie arszeniku w przypadkach zimnicy i to także zdaje się popierać ten teoretyczny wywód. Stosując się do tego zapatrywania Dr. W., wezwany do chorego na płonicę, rozpoczął zaraz podawać arszenik wszystkim członkom rodziny, o których sądził, że mogą zapaść na płonicę. Profilaktyczny ten sposób leczenia nie jest wcale nowym, ale zwracano nań dotąd mało uwagi i nie robiono z nim doświadczeń. Wkrótce przekonał się Dr. W. o niejakim skutku, a chociaż trudno mu było dowieść, że *post hoc ergo propter hoc*, mimo to stosował ten sposób leczenia w bardzo wielu przypadkach, blizko w stu, podając wzmiankowany środek dzieciom narażonym na zakażenie z tym wynikiem, że tylko w 2 przypadkach pojawiła się płonica. W obu tych przypadkach krótki czas tylko przedtém podawano arszenik, a oba miały przebieg bardzo łagodny, jeden nawet tak był łagodnym, iż z trudnością przychodziło orzec, że dziecię jest rzeczywiście chore, cały czas było ono równie żywe i bawiło się. W niektórych z tych przypadków odosobnienie chorego nie było w zupełności przeprowadzoném. Dr. W. miał również sposobność stwierdzenia skuteczności wzmiankowanego środka na dwóch swych synkach, narażonych na zakażenie dyfteryją, która się pojawiła w zakładzie wychowawczym skutkiem przedostania się gazów kanałowych do sypialni. Chorobie uległo 5 chłopców, a z tych 2 zmarło. Gdy Dr. W. odebrał synów z zakładu, starszy skarżył się już na zajęcie krtani. Koło 6 dnia pojawiły się małe, lecz niedopuszczające wątpliwości plamy dyfterytycznéj błony rzekoméj w gardle, chociaż ciepłota nie wzniosła się nigdy ponad 39·9° C. a stan jego fizyczny i umysł zaledwo były zajęte, był przytém w stanie utrzymać się i nawet chodzić, a po 2 do 3 dniach był zupełnie zdrów.

Z tych spostrzeżeń Dr. W. wnosi z wszelką pewnością, że arszenik jest skutecznym w okresie wylęgania płonicy, a prawdopodobnie i dyfteryi, być też może iż powiedzie się nam odwrócić za jego pośrednictwem obie choroby lub téż złagodzić je do tego stopnia, że nie będą nas obawą przejmować i pojawiać się jedynie w postaci nieznacznych cierpień. Dr. W. podawał zwykły roczczyn arszenikalny z początku 3 razy dziennie w dawkach jak można było, ze względu na wiek dzieci, największych, a następnie powoli zmniejszał dawki. Zwykle podawano razem 15 ziarn do $^1/_2$ drachmy kwasu siarkowego z niewielkim dodatkiem syrupu makowego. To tworzy przyjemną mięszaninę, dzieci zażywają ją bardzo chętnie, trzeba nawet rodziców przestrzegać przed zbyt częstém zadawaniem tego leku, który nie sprawia żadnych skutków. Według spostrzeżeń Dra W. wszelkie czynności odbywały się prawidłowo, choć zdaniem jego ma to drugorzędne znaczenie. Dr. Walford zachęca do stosowania tego profilaktycznego leczenia także i w innych chorobach zakaźnych, sądzi, że może nawet wścieklizna dałaby się usunąć, gdyby się nadarzyła sposobność leczenia jakimś podobnym jadogubnym środkiem osoby pogryzionéj przez dni 14. Więcéj światła w téj sprawie możnaby zyskać przez doświadczenia na zwierzętach. *(The Lancet 1882, I*, Nr. 20). *Dr. Grabowski.*

Wiadomosci pomniejsze.

(A. K.) **Nowy sposób leczenia przepukliny** podaje Dr. Finkelstein. Nie marnując wiele czasu na repozycyję, F. polewa uwięzniętą przepuklinę lotnikiem czystym (po 2 łyżki stoł.) co 15 minut, lub téż równe części lotnika i olejku lulekowego, jeśli chory skarży się na mocne palenie. W przerwach między polewaniami pokrywa on przepuklinę w kilkoro złożonymi kawałkami płótna. Po 4-razowych oblewaniach przepuklina sama reponuje się, lub téż ustępuje najlżejszym zachodom repozycyi. Na 54 przypadków, spostrzeganych przez autora w ciągu 11letniéj praktyki, tylko w 4 przypadkach ten sposób leczenia okazał się bezskutecznym. *(Berlin. klin. Wochenschr.* z 14 lipca).

(A. K.) Dr. Wiliam Goodell wyciął oba jajniki trzem kobietom, cierpiącym na umyśle i doradza kastrowanie wszystkich (bez względu na płeć) cierpiących umysłowo, ażeby usunąć dziedziczne usposobienie do pomięszania. Autor czyni tę propozycyję zupełnie na seryjo. *(Neurologisches Centralblatt* z 15 lipca).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VI z d. 15 marca 1882.

Przewodniczący kol. Jordan. Członków obecnych 21.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Prof. Browicz okazał dwa preparaty patolog. anatomiczne, z których jeden był nowotworem wychodzącym z śródpiersia, a przy badaniu przedstawił się jako *Lymphosarcoma*. Przypadek ten szczegółowiéj opisany zostanie przez prelegenta w Przegl. Lek.) Drugi preparat przedstawiał rzadkie zboczenie przewodu pokarmowego u noworodka. (Patrz: Zapiski kazuistyczne w Przegl. Lek.)

W dyskusyi nad tym ostatnim przedmiotem zabierali głos prof. Madurowicz i Korczyński, prosząc prelegenta o wyjaśnienie, czyby przedziurawienia jelita odchodowego nie można uważać jako następstwo zapalenia rozrostowego otrzewny, przebytego w czasie życia płodowego, a prof. Korczyński nadmienia, że możnaby rzecz w ten sposób tłumaczyć, że nowowytworzona tkanka, kurcząc się, wyciągała części ściany jelita w podobny sposób, jak włóknista tkanka w przewlekłém zapaleniu śródpiersia wyciąga niekiedy ścianę gardziela, dając powód do wytworzenia się uchyłku *(diverticulum)*. Smołka, gromadząc się w takim uchyłku jelita, mogłaby wypuklać coraz bardziéj część ściany jelita, co ostatecznie sprowadziłby mogło przedziurawienie i wywołać dostawanie się smołki do jamy otrzewnowéj. W odpowiedzi prof. Browicz utrzymuje, że zapalenie otrzewny nie mogło być przyczyną zmian chorobowych, bo musiałaby istnieniedrożność; tu zaś zmiany zapalne znajdują się powyżéj miejsca przedziurawienia. Daléj zwraca uwagę na konfiguracyję jelita grubego, która tłumaczy dostatecznie powód mechaniczny przedziurawienia jelita. Przy sposobności zwraca uwagę na wpływ wydzielin fizyjologicznych niezanieczyszczonych istotami infekcyjnemi, które nie sprowadzają zapalenia ropnego ale produktywne, jak w przypadku Cohnheima, w którym żółć wydobywająca się podobne zmiany wywołała. W dyskusyi nad tym przedmiotem głos jeszcze zabierali kol.: Doc. Obaliński i prof. Oettinger.

3) Następnie Przewodniczący powitał kol. prof. Korczyńskiego, dziękując mu, że pierwsze kroki po ciężkiéj chorobie zrobił celem wzięcia udziału w posiedzeniu Towarzystwa lek.

4) Daléj kol. Ściborowski przedstawił szczawę alkaliczną sztuczną z fabryki p. K. Rzący w Krakowie, przyrządzoną według składu wody bilińskiéj, z tą różnicą, że ilość składników wzięto w cyfrach okrągłych, składniki zaś znajdujące się w nader małéj ilości, jako bez znaczenia, opuszczono. Woda ta zawiera w 10.000 cz. wody przekroplonéj, węglanu sodowego 30,00, węglanu wapniowego 4,00, węglanu magnowego 1,5, węglanu litowego 0,2, siarkanu potasowego 2,00, siarkanu sodowego 8,00, chlorku sodu 4,00; przytém odznacza się dokładném wysyceniem gazem kw. węglowym. Dla składu powyższego przetwór ten zasługuje na uwzględnienie.

Kol. prof. Korczyński ubolewa nad tém, że Tow. lek. rozwiązało Komisyję do popierania krajowych wyrobów lekarskich. Komisyja ta, zwracając szczegółową uwagę na przetwory chemiczne w kraju wyrabiane a mające związek z medycyną praktyczną, jak niemniéj na wyroby leków i przetworów aptecznych w ścisłém tego słowa znaczeniu, wreszcie na handel ziołami krajowemi, mogła oddać krajowi znakomite usługi. Obecnie spada na pełne posiedzenia Towarzystwa obowiązek opiekowania się sprawami krajowych wyrobów.—Wody lekarskie p. K. Rzący, zdaniem prof. Korczyńskiego, zasługują na szczególne uwzględnienie i stanowcze poparcie, albowiem przyrządzane są bardzo starannie i sumiennie. Mogą one w zupełności zastąpić nie tylko sztuczne wody (jak litową, jodową, żelezistą) do niedawna w znacznéj ilości z zagranicy sprowadzane, ale nadto używane być mogą z równym skutkiem jak niektóre wody rodzime, np. Selterska i Vichy. To też kol. prof. Korczyński używa tych wód od dawna tak w klinice jakoteż w praktyce prywatnéj. Obecnie wyrabiana sztuczna woda bilińska jest bardzo smaczna, zawiera obfitą ilość kwasu węglowego, którym woda jest tak dobrze nasycona, że po otwarciu flaszki nawet po dłuższym czasie zawiera jeszcze dość znaczną ilość kwasu węglowego. W końcu zwraca uwagę prof. K., że powinniśmy wody p. Rzący, które nie rywalizują z rodzimemi wodami krajowemi, tak popierać, jak Niemcy popierają swe sztuczne wody lekarskie.

5) Kol. prof. Korczyński odczytał rozprawę o wrzodach gruźliczych pierwotnych w jelitach. Po krótkim poglądzie na rodzaje wrzodów gruźliczych na błonach śluzowych i na obecne teoryje wytwarzania się wrzodów gruźliczych tak pierwotnych jak i następowych, przeszedł do wrzodów gruźliczych w jelitach i starał się wykazać, że wrzody pierwotne są bardzo rzadkie, wrzody zaś następowe przydarzają się najczęściéj w przebiegu gruźlicy i suchót płucnych (prawie w połowie przypadków), rzadko tylko w przebiegu gruźlicy innych narządów. Przy téj sposobności przytacza prelegent jeden przypadek z zakładu kol. prof. Browicza, gdzie wrzody gruźlicze w jelitach powstały skutkiem zapalenia gruźliczego kości. Oprócz przypadku pierwotnych wrzodów gruźliczych w jelitach, opisanego przez kol. Ponikłę w sprawozdaniu klinicznėm, który to przypadek prelegent w krótkości przytacza, opisuje on szczegółowo drugi przypadek, w klinice lekarskiéj krakowskiéj spostrzegany, gdzie rozpoznanie pierwotnych wrzodów gruźliczych w jelitach zacieśniających światło jelit przez następowe ograniczone zapalenie otrzewny zostało stwierdzone dalszym przebiegiem choroby i sekcyją. Głównym objawem choroby była w tym przypadku uporczywa biegunka i znaczne upośledzenie odżywienia, późniéj dopiero pojawiły się przypady zwężenia jelit i nieznaczna gorączka. Prelegent omawia przy téj sposobności znaczenie rozpoznawcze objawów wrzodów gruźliczych w ogóle, a co do etyjologii skłania się do przypuszczenia, że ostateczną przyczyną wytworzenia się wrzodu gruźliczego było w tym przypadku zapalenie urazowe lub przynajmniéj zmniejszenie fizyjologicznéj oporności tkanin, wywołane urazem w brzuch. (Rozprawa ta umieszczoną będzie w „Medycynie.“)

Na tém posiedzenie zamknięto. *Dr. Jan Rosner.*

Drugie posiedzenie naukowe Sekcyi przemyskiéj Tow. lek. gal. w d. 25 Marca 1882.

Przewodniczący Kol. Dr. Cassina. Obecnych członków 11.

Kol. Cassina zwraca uwagę na korzyści używania siarkanu atropinu w połączeniu z żółtą waseliną w postaci maści, podając ujemne strony rozczynów atropinu. Kol. Dworski przedstawia 2 chorych z wrzodami miękkiemi *(ulcus molle cont.)* leczonych z bardzo pomyślnym skutkiem za pomocą jodoformu oraz przytacza i kilka innych przypadków leczonych w ten sposób.

Na wniosek kol. Dworskiego wybrano z łona Sekcyi Komisyje, mające się zająć wypracowaniem szczegółowego projektu asanacyi miast Przemyśla, Jarosławia i Mościsk. *Dr. Dworski* sekretarz.

VI. Szkice położnicze ze Wschodu.

Zebrał **Dr. W. Jabłonowski**

II.

Akuszerki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 33).

Zewnętrzne wejrzenie tego kobiecego „factotum“ jest bardzo ciekawe. Ich fizyjonomija, postawa, zachowanie się, strój wreszcie są bardzo charakterystyczne. Na liczbie zaś okazów nie zbywa. Mieszkający w Turcyi często je spotyka na ulicach, biegnące przyśpieszonym krokiem, jakby w obawie, ażeby noworodek nie ujrzał świata przedtém, nim one nie przybędą do komnaty położnicy. Największa ich ilość są to Ormianki, Turczynki, Izraelitki lub Greczynki w wieku dojrzałym, stroju zawsze czarnym, skromnym, ale któremu nie brakuje charakteru i powagi! Tak że całe ich wejrzenie jest dystyngowaném i imponującém nawet. Dawniéj każda z takich dam nosiła laskę hebanową ze srebrną na niéj gałką, któréj objętość decydowała o zamożności a zatém i o powadze swéj właścicielki. Dzisiaj nie spotyka się więcéj hebanowych lasek. Lecz za to, w celu wyróżnienia się od pospolitego motłochu, akuszerka tutejsza zwykła uzbrajać kieszeń swego paletota w jakiś podręcznik sztuki położniczéj.

Bywa to tomik najczęściéj traktujący inną gałąź rozmaitości światowych, obłożony jednak w okładkę z tytułem wyraźnym, uderzającym niejednego z przechodni. To także znak fachowéj, powierzchownéj wprawdzie dystynkcyi, który spotykałem najczęściéj u Izraelitek. Wszystko to jednak nie przeszkadza im do odgrywania roli skromnych i bardzo cnotliwych matron. Na nieszczęście tylko *„fronti nulla fides"*. Bo najbardziéj powierzchowne poszukiwania o ich przeszłości i obecnym sposobie życia, od razu pozwolą zerwać maskę czasowéj iluzyi. Pomimo to jednak opinija publiczna im sprzyja, a prostaczek prawie ubóstwia.

Z chwilą przybycia akuszerki do pokoju położnicy odgrywa się tam nowa scena, godna wypróbowanego pędzla i pióra. Nie interesując się wcale stanem choréj, akuszerka pozbywa się najprzód swego paletota, umieszcza się wygodnie w krześle, żąda filiżanki koniecznéj kawy i delektując się jéj nektarem, zaczyna rozmowę. Wychwala więc najprzód swych klijentów, uskarża się na krótkość czasu, nie pozwalającego jéj na danie starań tym wszystkim, którzy zaszczycają ją swém zaufaniem i wreszcie kończy opowiadanie zapewnieniem, że pozostawiła parę innych chorych, by tylko co rychléj pośpieszyć na wezwanie rodziny, dla któréj czuje szczególnie sympatyczne usposobienie. Baśnie tego rodzaju i cały potok szumnych dowodów poświęcenia, zawsze wywierają pożądane wrażenie, tłumaczące się podniesieniem zwykłego honoraryjum.

Jeżeli zaś akuszerka przybywa do rodzącéj po raz pierwszy, radość jéj wtedy nie miewa granic: jéj fizyjonomija, słowa, całe jéj zachowanie się zdradzają od razu głębokie zadowolenie. Bo szczęśliwy to prawdziwie wypadek. Akuszerka bowiem od razu ma przed sobą perspektywę długiego pozostawania w domu, gdzie mieć będzie wykwintne mieszkanie, delikatny stół i wszystkie wygody, gdzie krewni położnicy otoczą ją całą względnością, oświadczając gotowość zadość uczynienia wszystkim jéj fantazyjom, nie licząc już, że honoraryja zwiększać się będą w miarę dłuższego trwania jéj usług.

W kwestyi odgadywania płci mającego przyjść na świat dziecięcia wschodnia akuszerka niemniej ciekawą odgrywa rolę. Scena to bardzo interesująca i w jéj rozwoju łatwo można się przekonać o przesądném zaślepieniu i zarozumiałości matrony, dla któréj podobne zadanie nie przedstawia jakoby najmniejszéj trudności. Zapytana bowiem o płeć oczekiwanego, akuszerka z całą powagą przystępuje do łóżka choréj i pogrąża w nią swe prorocze spojrzenie. Jeżeli więc położnica ma twarz nieco obrzmiałą, policzki rumiane i oczy iskrzące, przyszły gość będzie płci męzkiéj. Przeciwnie zaś gdy położnica jest bladą, o wyrazie twarzy smutnym, wyrażającym cierpienie, wtedy wypada się spodziewać córki. Po rozwiązaniu zaś podobnego zadania, matrona nasza wraca do swego krzesła i przekonana o spełnieniu najtrudniejszego zadania, ociera znużone czoło i znowu żąda filiżanki Mokka. Sceny zacytowane odbywać się zwykły w tajemnicy haremów lub w buduarach. Nie podobna więc od razu dostrzedz wszystkich ich odcieni. Bo dopiero gdy cała sprawa zostanie skończoną, wtedy zaledwie można się dowiedzieć o stanie matki, która niby to dzięki staraniom i zręczności téj lub owéj akuszerki, wydała na świat płód donoszony i przedstawiający wszystkie warunki życia i zdrowia.

Brak wykształcenia u podobnych matron, bywa nieraz powodem szczególnych błędów. Gdy np. kobieta zbliża się ku ostatniemu okresowi swéj ciąży, rzecz prosta, że otaczający udają się natychmiast do akuszerki. Ta ostatnia przybywa, udając pośpiech i największe znużenie! Nie będąc jednak zdolną zdać sobie sprawę o naturze samych pojawów nie waha się oświadczyć, że sprawa porodowa już się rozpoczęła i umieściwszy się w krześle, czeka z widoczném zaniepokojeniem ukazania się płodu, licząc prawie każdy ból, każde uskarżanie się położnicy. Ta to prawdziwie tragikomiczna scena trwa niekiedy w ciągu kilku dni! Można więc sobie wyobrazić stan krytyczny kobiety, zaniepokojenie rodziny, najrozmaitsze przypuszczenia i nieszczęśliwe rokowania kumoszek i sąsiadów. W innych znowu razach, bohaterka mego opowiadania znajduje się w większym jeszcze kłopocie. Gdy bowiem złowroga gwiazdka zaprowadzi ją do kobiety, któréj poród nie może się odbyć w sposób naturalny zadanie naszéj matrony staje się trudném i przykrém. Przy istnieniu zniekształtnienia miednicy, nienormalném stawieniu się płodu itp. zakłopotanie jéj nie da się wyrazić! Sprawa porodowa przedłuża się, bóle się powiększają, kobieta wpada w stan rozpaczy, akuszerka jednak zawsze wyczekuje tylko. Nie posiadając najelementarniejszych zasad o anatomii miednicy i fizyjologii porodu; przyzwyczajona uważać poczęcie i wydalenie płodu, jako akt okryty tajemnicą niedostępną dla umysłu człowieka, akuszerka wschodnia znajduje się w takich razach w istocie w obec niewiadomego X. Jednak bóle trwają daléj, położnica cierpi i wpada w stan zwątpienia; otaczająca rodzina wyraża niezadowolenie; obawa i współczucie zapanowuje w sercach wszystkich przytomnych zachowujących najgłębsze milczenie. Oczy wszystkich zwrócone są na akuszerkę, wzywając ją niejako wyrazem największego zaniepokojenia do dokonania prawdziwego cudu, a przynajmniéj do czynniejszego działania. Scena to prawdziwie wzruszająca! Nie należy wątpić, że i akuszerka znajdując się w podobnym kłopocie, pomimo udanéj obojętności, drży w całém swém jestestwie i nie jest w stanie oprzeć się głosowi własnego sumienia. Gdy rodzina posiada środki, wzywa się inną akuszerkę, sprowadza się ich nawet kilka. Próżne jednak usiłowania. Ciemnota wszystkich jest jednakowa, i w trudnéj sytuacyi żadna nie następuje zmiana. Następstwa zaś podobnego dramatu łatwe są do przewidzenia: śmierć płodu, rozdarcie macicy, piorunujące zapalenie otrzewny, zakażenie gnilne, jedném słowem wszystkie groźne pojawy, będące nieuniknioném następstwem opóźnienia się akuszerki w stosownem działaniu. Szczęśliwą więc potrzeba nazwać położnicę która po podobnych przejściach ulegnie tylko długotrwałéj chorobie, nabędzie przetokę lub inne jakieś mniéj lub więcéj przykre cierpienie. (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Dziennik ustaw i rozporządzeń krajowych ogłasza następujące rozporządzenie c. k. Namiestnictwa z d. 4go lipca 1882 l. 36,806 dotyczące przewożenia zwłok:

„Cmentarze wyznaniowe, należące do miejscowości gdzie zaszła śmierć, uważane być mają jako cmentarze do miejsca zaszłéj śmierci należące i dla tychże nie potrzeba w celu grzebania każdorazowego zezwolenia władzy politycznéj. Jeżeli jednak taki cmentarz wyznaniowy od miejsca zaszłéj śmierci nad piętnaście kilometrów jest oddalony, w takim razie obowiązywać mają przy przewożeniu zwłok następujące przepisy:

1) Zwłoki mają być przewożone w trumnie dobrze spojonéj, wylanéj wewnątrz smołą, już w domu śmierci szczelnie zamkniętéj, któréj otwierać więcéj nie wolno.

2) Pochód pogrzebowy ma ile możności omijać miejsca zamieszkałe i nie zatrzymywać się w takowych; złożenie zwłok

w kościołach, kaplicach, lub nawet w domach mieszkalnych miejscowości przechodowych miejsca mieć nie może.

3. Zwłoki mają być wprowadzone wprost na cmentarz i tam bezzwłocznie pogrzebane; otwieranie trumny na cmentarzu nie jest dozwolone.

4) Przeprowadzenie zwłok na cmentarz i ich pogrzebanie musi nastąpić najpóźniéj w przeciągu 12 godzin od wyruszenia konduktu z miejsca zaszłéj śmierci,

5) Gdyby to dla odległości miejsca było niemożebne, wtedy należy użyć trumny podwójnéj.

6) W razie panujących chorób zakaźnych zarządzi c. k. Namiestnictwo w miarę niebezpieczeństwa grożącego zdrowiu ogólnemu, daléj idące środki ostrożności, przy przewożeniu zwłok na cmentarze wyznaniowe, od miejsca zaszłéj śmierci więcéj odległe. W zastępstwie: *Zaleski* w. r.

* W sprawie zmniejszenia dyjet za szczepienie ospy, poruszonéj w Nrze 32 Przeglądu przez Dra **Reissa** otrzymujemy list od Dra **Obtułowicza** lekarza powiatowego w Buczaczu; listu tego w całości nie przytaczamy, gdyż zawiera on to samo sprostowanie, które na podstawie wiadomości zasięgniętéj w biórze sanitarném Namiestnictwa, wydrukowaliśmy w Nrze 33 Przeglądu; Dr. Ob. również zwraca uwagę, że Reskrypt Namiestnictwa z 30 marca b. r. nie znosi dawnych rozporządzeń z 11 kwietnia 1876 i 18 marca 1877, normujących placę za szczepienie; dotyczy on tylko okolic wyjątkowo nawiedzonych ospą epidemiczną w tym stopniu, że Starostwo jest zmuszoném zarządzić leczenie ospowatych i szczepienie nieszczepionych; w tych więc tylko okolicznościach lekarz liczy dojazd w rachunku za leczenie ospowatych, a powrót zaś w rachunku za szczepienie, czyniąc odpowiednie uwagi wyjaśniające w obu rachunkach.

Sprawozdanie z czynności Departamentu V Wydziału krajowego. Referent członek Wydziału kraj. Dr. *F. Hoszard.*

(Dokończenie. Patrz Nr. 34).

W **szpitalu powszechnym lwowskim** leczyło się w r. 1881 chorych 8,205, o 1582 mniéj aniżeli w r. 1880 (w skutek ograniczenia przyjmowania chorych); zmniejszyła się též ilość dni leczenia w r. 1881 o 28,620; przeciętny czas leczenia jednego chorego zwiększył się o 0,41 jednego dnia; umarło w r. 1881 chorych 616 o 320 mniéj jak w r. 1880. W szpitalu znajdowało się na obserwacyi 237 chorych na umyśle. Leczono syfilityków 1.709; na oddziale chirurgicznym dokonano operacyj większych 242, mniejszych 402, założono opasek gipsowych 67. Na oddziale ocznym wykonano 218 operacyj. na położniczym 85. Odesłano do szpitala św. Zofii dzieci 577, tj. o 73 więcéj niżeli w r. 1880; ilość dni leczenia dzieci była większą o 1.754.

Postęp oszczędności w gospodarstwie szpitalném najwybitniéj okazuje się przy porównaniu wydatków na utrzymanie jednego chorego. W r. 1877 było chorych 8.213, jeden chory kosztował 24 złr. 31 c. W r. 1881 było chorych 8.205, jeden chory kosztował 19 złr. 92 c.

Koszt jednego dnia żywienia chorego wynosił:

W r. 1877 przy 193.453 dniach leczenia 33 złr. 56 c.
W r. 1881 „ 168.953 „ „ 28 „ 17 „

Do ważniejszych zarządzeń w szpitalu lwowskim należy mianowanie Dra J. Szeparowicza stałym prymaryjuszem na oddziale chirurgicznym, zakupno dwóch sikawek, postanowienie nie obsadzania dwóch posad sekundaryjuszów z powodu zmniejszenia się liczby chorych, oraz liczne okolicznościowe komisyje.

Ruch chorych w **szpitalu św. Łazarza w Krakowie** był następujący: w r. 1881 było chorych 6.392 o 33 więcéj niżeli w r. 1880, dni leczenia 160.569, o 10.718 więcéj; średni pobyt chorego w zakładzie zwiększył się o 1.3 dnia. Umarło 684, o 49 więcéj niżeli w r. przeszłym, procent śmiertelności względnie do ubyłych 10.7%. Dzieci odsełano do szpitala św. Ludwika 821, a w r. 1880) 693; ilość wenerycznych w r. 1881 wynosiła 1.027. Na oddziale obłąkanych leczono 197 chorych, z téj liczby wyszło uleczonych 55, nieuleczonych 45, umarło 16.

Ze zmian osobowych zaznaczyć należy mianowanie Dra **Żuławskiego** prymaryjuszem na oddziale obłąkanych.

W r. 1877 na 5.194 chorych kosztował jeden 31 złr. 27 c.
„ „ 1881 „ 6.392 „ „ „ 21 „ 33 „

W r. 1877 przy 133.821 dniach leczenia dzień żywienia wynosił 39 złr. 91 c. W r. 1881 przy 160.659 dniach leczenia dzień żywienia wynosił 27 złr. 67 c.

Na prośbę Komitetu administracyjnego, aby powiększyć siły tego Komitetu, mianował Wydział krajowy zastępcami: prof. Dra L. M. Jakubowskiego, prof. Dra Domańskiego i członka Wydziału Rady powiatowéj L. Hoszowskiego.

Liczba Sióstr miłosierdzia została zmniejszoną; ujęto jednę z oddziału położniczego, drugą z piekarni, które zostały emerytkami.

Wydział krajowy zatwierdził wnioski Komisyi fachowéj, dotyczące wybudowania drugiéj studni murowanéj, postawienia pompy między studniami, zarządzenia naprawy staréj studni. Kosztorys na te roboty zatwierdzono w kwocie 4.169 złr. 24 c.

W skutek przedstawienia Komitetu administracyjnego, ażeby poczynić w szpitalu św. Łazarza niektóre zarządzenia, mogące zapobiedz niebezpieczeństwu w razie pożaru, Wydział krajowy upoważnił Komitet do poczynienia wydatków na ten cel w kwocie 920 złr. 10 c. a. w.

Sprawę zbudowania nowéj trupiarni odłożono do czasu, w którym rozstrzygnięte będą rokowania o wybudowanie zakładu anatomopatologicznego w obrębie szpitalnym.

W **zakładzie dla obłąkanych w Kulparkowie** pozostało z r. 1880 chorych 366. W ciągu r. 1881 przybyło 432; razem więc leczono w r. 1881 chorych 798, tj. o 200 mniéj niż w r. 1880 w Kulparkowie, Żółkwi i Przemyślu razem. Opuściło zakład wyleczonych 91, na żądanie rodziny 97, w myśl uchwały Wys. Sejmu 153, umarło 125, razem 466. Procent śmiertelności wynosił 15.6%, procent uzdrowionych 11,4%. Dni leczenia było 142,881 o 65.536 mniéj niżeli w r. 1880. Średni pobyt chorego w zakładzie wynosił 179 dni, tj. o 11,4 dni mniéj niż w r. 1880. Koszt żywienia jednego chorego w r. 1881 wynosił 32 złr. 54 c. tj. o 4 złr. 94 c. mniéj niż w r. poprzednim.

W r. 1877 leczono chorych 997, utrzymanie jednego kosztowało 191 złr. 32 c. W r. 1881 leczono chorych 815 utrzymanie jednego kosztowało 160 złr. 31 c.

W skutek upoważnienia Wys. Sejmu udzielił Wydział krajowy, tytułem wynagrodzenia szkód, poniesionych przy instalacyi i podczas piastowania posady dyrektora zakładu, Drowi M. Mareszowi jednorazową kwotę 2.300 złr. Stabilizowano na posadzie prymaryjusza przy zakładzie Dra M. Plucińskiego, a na posadzie sekundaryjusza Dra A. Laskiewicza.

W dalszym ciągu Sprawozdanie porusza korzystne wyniki gospodarki polowéj, mlecznéj, ogrodowéj, chowu trzody itd. prowadzonéj w własnym zarządzie przez dyrektora.

Ruch chorych w **szpitalach prowincyjonalnych** zmniejszył się o 24.216 dni leczenia od roku poprzedniego, pomimo że chorych było więcéj o 1088; przeciętny pobyt chorego w szpitalu wynosił 24,02 dni, tj. o 1,48 dnia był mniejszym, jak w r. 1880. Syfilityków pielęgnowano 3466, obłąkanych 159.

Na 15.974 leczonych umarło 1.474, zatém 9.2%. Wydział krajowy postanowił nie tworzyć nadal przy szpitalach prowincyjonalnych, funduszów rezerwowych powstających z oszczędności lecz polecił każdą nadwyżkę przenosić do dochodów na rok następny.

Wzbroniono pod osobistą odpowiedzialnością lekarzy ordynujacych przetrzymywanie w obserwacyi chorych obłąkanych dłużéj nad dni 14, w ciągu których jest dosyć czasu do roztrzygnięcia, czy chory ma być odesłany do zakładu na Kulparkowie.

Zarządzono, ażeby wszystkie budynki szpitalne zostały ubezpieczone w Towarz. wzajemnych ubezpieczeń w Krakowie i zapewnione od niebezpieczeństw w razie pożaru.

W szpitalu tarnowskim uwolniono na własne żądanie Siostry służebniczki, pełniące obowiązki dozorczyń i zastąpiono je przez osoby znające wymagania służby szpitalnéj.

W dalszym ciągu Sprawozdanie wylicza gminy i szpitale, którym przyznano zaliczki, oraz którym odmówiono. Zaliczek udzielono (szpitalowi w Jaśle i Stryju) w kwocie 2.600 zła. Następnie porusza sprawozdawca drobniejsze sprawy administracyjne; liczne komisyje załatwiły wiele spraw bieżących.

Z sprawozdania wynika, że gospodarka szpitalna w całym kraju odbywa się w wielkim porządku; ziszczone już oszczędności posłużą niewątpliwie Wydziałowi krajowemu do zniesienia

ograniczeń przyjmowania chorych, które jakby nie były w sprzeczności z pojęciami humanitarnemi, z obowiązkami kraju względem ubogich, musiały być podyktowane konieczną, niedającą się usunąć potrzebą, jako chwilowy środek do przywrócenia równowagi finansowéj kraju; innym sposobem zarządzenia podobnego rozporządzenia wytłumaczyć sobie nie możnaby było.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 12—19 sierpnia śmiertelność ogólna wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców wynosiła 33,6 (35,9). Z błonicy umarło 1 (0 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z czerwonki 0 (1 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 4 przypadkach czerwonki i 2 krztuśca. W tygodniu od 6 do 12 sierpnia umarło z ospy w Londynie 4, leczyło się w szpitalach 128, świeżo zapadło 21. Ospa złagodniała w Wiedniu i Paryżu a zagęszcza się w Petersburgu, Odesie i Roterdamie, podobnież w Madrycie, Madrasie i w Rio de Janeiro. Z duru osutkowego zaszły przypadki śmierci w Warszawie, Maladze, Granadzie, Saragosie i Madrycie. Z cholery umarło w Baltimore 1, w Bombayu 2, w Kalkucie 18, z febry żółtéj w Rio de Janeiro 3.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 6—12 sierpnia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 35,9; we Lwowie 30,1; w Poznaniu 57,6; w Wiedniu 21,5; w Pradze 23,9; w Tryjeście 37,4; w Berlinie 30,9; w Wrocławiu 32,2; w Gdańsku 20,9; w Mnichowie 26,0; w Dreźnie 27,0; w Lipsku 19,7; w Bazylei 18,7; w Brukseli 25,8; w Amsterdamie 22,5; w Hadze 24,4; w Paryżu 21,0; w Londynie 19,0; w Kopenhadze 28,5; w Stokholmie 28,6; w Chrystyjanii 32,4; w Petersburgu 32,0; w Odesie 50,7; w Rzymie 24,6; w Wenecyi 35,7; w Bukareszcie 30,5; w Madrycie 39,3; w Lizbonie 33,7; w Nowym Yorku 42,5; w Filadelfii 30,4; w Rio de Janeiro 42,7; w Bombaju 20,3; w Madrasie 28,6. *J. B.*

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 31 sierpnia. Prof. Teichmann zatwierdzony został przez NPana na dalsze 3 lata jako wiceprezes Akademii Umiejętności.

* Minister wyznań i oświaty w porozumieniu z ministrem spraw wewnętrznych mianował na rok szkolny 1882/3 przy egzaminach lekarskich w Uniwersytecie Jagiell. 1) Komisarzem rządowym Prof. Dra Madurowicza, jego zastępcą prof. Dra Korczyńskiego. 2) Koegzaminatorem przy drugim ścisłym egzaminie Dra Paszkowskiego, jego zastępcą prof. Dra Jakubowskiego, 3) Koegzaminatorem przy trzecim ścisłym egzaminie prof. Dra Rosnera, jego zastępcą Dra Danka lekarza pułkowego, naczelnika chirurgicznego oddziału szpitala wojskowego.

* Towarzystwo lekarskie w Warszawie obrało członkami korespondentami Dra S. Domańskiego prof. Uniw. Jagiell., i Dra F. Obtułowicza lekarza powiatowego w Buczaczu.

* Z Brzostka od Dra Prochaski otrzymaliśmy list następujący:

„Szanowna Redakcyjo! Wczoraj odsłonięto na tutejszym cmentarzu pomnik na grobie śp. Dra Teodora Kaczyńskiego, który lat 14 w tém mieście praktykował. Na tablicy grobowca napis: „Doktorowi medycyny Teodorowi Kaczyńskiemu urodzonemu r. 1843, zmarłemu 3/5 1882 pomne zasług jego obywatelstwo.“ Powstanie i napis na pomniku najlepiéj mogą opowiadać o życiu i działalności śp. Teodora. Sumienny w wypełnianiu obowiązków lekarskich, dbający o dobro miasta jako radny miejski, wszystkie wolne chwile po żmudnéj pracy lekarza prowincyjonalnego poświęcający dobru kraju i oświacie ludu jako prezes miejscowéj rady szkolnéj okręgowéj, szanowany, czczony i kochany od wszystkich, takim był przez całe swe życie, takim do końca. Wydelegowany przez tutejsze Starostwo na epidemiję tyfusu plamistego w okolicy, zaraził się i w 6tym dniu choroby umarł. Na pogrzebie jego, na którym cała okolica bez różnicy stanów i wyznań tłumnie towarzyszyła na ostatnie miejsce spoczynku śp. Teodorowi, powstała myśl postawienia nieodżałowanemu pomnika ze składek wspólnych, który dziś stoi już na grobie jego.

Cześć pamięci szlachetnego i zacnego lekarza i dobrego obwatela kraju!

* **Warszawa**. Jak wiadomo, w Warszawie ma wkrótce nastąpić otwarcie 5 przytułków dla rodzących. P. St. Kronenberg ofiarował jednorazowo na ten cel 10,000 rsr. i zobowiązał się stale utrzymywać jeden taki przytułek z warunkiem, że kandydata na akuszera sam przedstawi. Osobna komisyja rozpatrywała kwalifikacyje kandydatów na akuszerów do resztujących 4 przytułków; wybrani zostali: Doktorowie Biegański, Gromadzki, Kondratowicz i Poznański.

* **Berlin**. D. 20 września rozpoczynają się tu wykłady dla lekarzy praktycznych i trwać będą 6 tygodni. Dr. Hirschberg (Karlstrasse. 36) jest prezesem tego towarzystwa i do niego należy się udawać po informacyje.

* **Paryż**. Na zapytanie Ministerstwa oświecenia, jak długo dzieci, które przebyły chorobę zakaźną, powinny nie uczęszczać do szkoły, Akademija lekarska oświadczyła się za tém, że termin ten wynosić ma dni 40 u dzieci, które chorowały na odrę, ospę, płonicę i błonicę, dni zaś 25 po ospicy (*varicella).*

* Wyprawa angielska do Egiptu. Naczelnikiem departamentu lekarskiego w wyprawie Anglików do Egiptu jest chirurg jeneralny Hanbury; naczelnikami zaś poszczególnych szpitali polnych chirurdzy: Marston, Ekin i Fergusson. Nadto na życzenie Królowéj towarzyszy wyprawie Dr. Scott, lekarz przyboczny syna królowéj ks. Connaught; jestto ten sam lekarz, który towarzyszył cesarzowéj Eugenii w podróży do kraju Zulusów po śmierci młodego ks. Napoleona. We flocie angielskiéj znajdują się dwa olbrzymie okręty śrubowe lazaretowe „Carthago“ i „Wiktor Emanuel“. każdy o 250 łóżek; na okrętach tych pokoje, przeznaczone zwłaszcza dla chorych oficerów, z wielkim przepychem są urządzone (*W. med. Bl.).*

* W lipcowym zeszycie *Ann. d'hyg. et de med. legale* wyznaje Dr. Lutaud swoje przekonanie, że morderca prezydenta Garfielda, niedawno powieszony Guiteau, był chory na umyśle. Przekonanie to oparł L. na gruntownem zbadaniu szczegółów, dotyczących mordercy, a mniemanie to potwierdza wiele powag w dziedzinie psychijatryi. Ojciec powieszonego cierpiał na umyśle, dziadek po mieczu umarł w domu obłąkanych, dziadek po kądzieli cierpiał na obłąd opilczy, brat stryjeczny umarł w domu obłąkanych; matka Guiteaua w młodości uległa cierpieniom mózgowym, siostra cierpiała na padaczkę, brat należy do ludzi niezmiernie nerwowych. Samego zaś Guiteau chciano już w r. 1876 zamknąć w domu obłąkanych; na kilka lat przed morderstwem wydał on parę książek pełnych niedorzeczności; listy pisywane przez Guiteau do Garfielda i ministra Blaine, ze względu na ich niedorzeczną treść, pozostawiane były bez odpowiedzi.

W obec powyżéj wypowiedzianego przekonania Dra Lutaud i dawniéj już znanego zdania słynnego psychijatry Dra Folsoma, nie będzie od rzeczy przytoczyć kilka uwag, zaczerpniętych z protokółu sekcyjnego ogłoszonego w *Le Progrès Medical* Nr. 32: „Wybitna asymetryja czaszki wielkości połowy dłoni polega na spłaszczeniu przedniéj, górnéj części kości ciemieniowéj; inne miejsca asymetryczne nie były zbadane dla braku niezbędnych instrumentów(?) Opona twarda miejscami mocno przyrośnięta do czaszki; koło otworów dla obu tętnic domózgowych średnich, opona z obu stron była zgrubiałą i silnie z kością spojona; spojenie to opony twardéj miało miejsce wzdłuż zatoki sierpowatéj; prawdopodobnie w tych miejscach miało miejsce chroniczne zewnętrzne zapalenie opony twardéj. Na błonie pajęczéj spostrzegali obducenci mleczne plamy po całéj powierzchni odpowiadającéj wypukłości mózgowia, plamy te miejscami żółto były zabarwione.“ Z opisu istoty szaréj i białéj nie można wyciągnąć żadnego przekonania, obducenci ustawicznie tłumaczą się brakiem odpowiednich narzędzi: w każdym razie nabrać można przeświadczenia, że człowiek chory został ukarany za czyn, którego się dopuścił w stanie niepoczytalnym.

* *Le Progrès médical* donosi o postanowieniu Lugduńskiego towarzystwa opieki nad dziećmi odznaczenia złotym medalem najlepszéj pracy na temat: „Hygijeniczne i zapobiegawcze środki przeciw cierpieniom jelit pierwszago okresu dzieciństwa.“ Pracę należy przesłać przed 1 stycznia 1883 r. do Lugdunu, na ręce Dra Rieux (r. Bourbon, 40).

* W *Gaz. hebdom.* czytamy pouczającą statystykę, wyłożoną przez prof. Tarniera w Towarz. lekarzy szpitalnych w Paryżu. Dotyczy ona zbawiennego wpływu środków przeciwzakaźnych na śmiertelność w zakładzie położniczym Materni-

tę. Od r. 1858 do 1869 włącznie, kiedy położne i lekarze innych zakładów mieli wolny wstęp do sal połogowych, śmiertelność od spraw poporodowych wynosiła 9,31%; w r. 1870 wyznaczeni zostali do sal połogowych osobni lekarze, w r. 1876 wybudowano nowy zakład dla położnic z salami odosobnionemi, a wreszcie w r. 1878 zastósowano ściśle metodę przeciwgnilną; śmiertelność od r. 1870 do 1881 stopniowo obniżała się do 2,32%. W ostatnim roku wynosi ona 0,49%. Kogoż wreszcie te liczby nie przekonają o wysokiéj wartości metody przeciwzakaźnéj?

* W roku przeszłym zaprowadzono przy jednéj szkole miejskiéj w Petersburgu wykłady nieobowiązujące medycyny popularnéj; *Nowoje Wremia* donosi, że ze względu na zupełne powodzenie téj próby, w przyszłym roku szkolnym zaprowadzone zostaną podobne wykłady w kilku innych szkołach miejskich.

* Na posiedzeniu Akademii paryskiéj d. 25 lipca rb. proff. Tarnier i Parrot mówili o swych spostrzeżeniach nad sztucznêm żywieniem oseskόw; podług tych autorów ssanie krów i kóz daje wyniki niekorzystne dla dzieci, natomiast ssanie oślic okazało się nadspodziewanie pożytecznêm. Prof. Parrot podaje następującą statystykę: do zakładu zbudowanego wśród ogrodu przez Radę municypalną Paryża, w celu sztucznego żywienia dzieci syfilitycznych, 6 karmionych było krowiém mlekiem, a z nich umarło 5 (83.3%); z 429 które ssały kozy, umarło 34 (80,9%); 38 ssało oślicę, z nich umarło 10 (26,3%). Dobra oślica może karmić 3 dzieci 5-miesięcznych; osesskόw przystawia się do ssania 6—8 razy na dobę. W biegunkach mleko oślicy okazało się bardzo pożytecznêm.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Warszawa.** Docent Uniwersytetu charkowskiego Dr. Skwarcow mianowany został profesorem nadzwyczajnym medycyny sądowéj w Warszawie, a Dr. Pasternacki docentem psychijatryi. — **Budapeszt.** Systemizowaną została nowa katedra dla psychijatryi, docent prywatny Dr. Karol Laufenauer mianowany został nadzwyczajnym profesorem psychijatryi. — **Berlin.** Prof. Bergmann, który stanowczo przyjął katedrę Langenbecka, otrzymał zarazem tytuł tajnego radzcy lekarskiego, a prof. Bardeleben tytuł tajnego starszego radcy lekarskiego. — **Würzburg.** Przy uroczystości z powodu 300-letniego jubileuszu istnienia uniwersytetu mowę witalną miał rektor prof. Wislicenus, znany chemik, który pochodzi z polskiéj niegdy rodziny Wiślickich. Prof. Gerhard ztąd powołany został do Heidelbergu w miejsce Friedreicha, a prof. Rossbach do Jeny w miejsce Nothnagla; obaj atoli odmówili. Na miejsce Bergmanna powołany został prof. Gussenbauer z Pragi.

* **Nekrologija.** We Włoszech umarł Dr. L. Cancato profesor kliniki w Uniwersytecie w Turynie, był założycielem czasopisma *Archivo medico italiano.* W Paryżu umarł sławny okulista Desmares (ojciec) w 71 roku życia. — W Berlinie umarł tajny radzca lekarski prof. Gürlt, b. dyrektor szkoły weterynarskiéj, w 88 roku życia, w Monachijum zaś lekarz przyboczny króla, prof. Koch w 67 roku życia. — W Nerke pod Ischl umarł w 92 r. życia Dr. Günter były rektor wiedeńskiego uniwersytetu, niegdy lekarz ś. p. Cesarza Ferdynanda. — W Karslbrunn w Szlązku umarł księgarz i nakładca dzieł lekarskich w Wiedniu Karol Czermak, ostatni z rodziny, która wydała także znakomitego fizyjologa.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 34: Dra Nenckiego: Urorozeina, nowoznaleziony barwik w moczu. Dra Rothego: Otrucie wyskokowe, jego wpływ na rozwój i pomnożenie się chorób umysłowych w kraju i zagranicą (c. d.). Dra Matlakowskiego: Ograniczone ropne zapalenie kości, czyli tak zwany przewlekły ropień kości (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 34: Prof. Korczyńskiego: O zwyrodnieniu włóknistém (*fibrosis*) tkanin z przeważném uwzględnieniem otrzewny i tkanki podotrzewnowéj (c. d.). Dra Jaworskiego: Praktyczne uwagi nad wskazaniami chorobowemi zdrojowisk w Karlsbadzie i Kisyndze (c. d.). — W *Przewodniku gimnast.* Nr. 8: Dra T. Żulińskiego: Ruch mięśniowy i wpływ jego na zdrowie człowieka (c. d.). **E. C.**: Gry gimnastyczne. **W. T.**: Publiczne ćwiczenia gimnastyczne w Pradze.

W zastępstwie redaktora **Dr. A. Kwaśnicki.**



Sztuczne trawienie

WINO CHASSAING

Z PEPSYNĄ i DYJASTAZĄ

Raport przychylny Akademii Lekarskiéj w Paryżu (Marzec 1864).

Zdaje nam się zbytecznem wychwalać wartość tego znanego Panom Lekarzom przetworu. Skład jego stosowny sprawił przyjęcia przez Lékarzy, a dwudziestoletnie powodzenie zawdzięczamy praktyce. Zwracamy tylko uwagę Panów Lekarzy na staranność z jaką przyrządzamy **Pepsynę i Dyjastazę**, produkta, które w handlu znajdują się rzadko w stanie czystym, a które używamy po dokładném zbadaniu.

Jesteśmy przekonani, że użycie przetworu tego wyda żądane rezultata w leczeniu: **Chorób przewodu pokarmowego**, jak bóle żołądka, niestrawność, wymioty u kobiet brzemiennych oraz u powracających do zdrowia i w leczeniu niedokrewności. **Wino Chassaing** ułatwiając przyswajanie pokarmów, jest dzielnym środkiem wzmacniającym.

W Paryżu 6 Avenuce Victoria, w kraju u wielu aptékarzy.

Dr. Zdzisław Nieszkowski

Lekarz zdrojowy w Szczawnicy

w roku bieżącym tak jak lat poprzednich będzie ordynować podczas sezonu jesiennego w **Meranie** *Landstrasse* Nr. 270.

Mattoniego

ŻELEŹISTO BOROWINOWA SÓL / BOROWINOWY ŁUG z borowiny w Soos pod Francensbadem

Wygodne zastępstwo **KĄPIELI BOROWINOWYCH**

Środek do przyrządzania kąpieli mineralnych i solnych.

Wyciągi borowinowe zawierają wszelkie rozpuszczalne składniki najsilniejszéj borowiny i poprostu dodaje się je do kąpieli. Po użyciu nastają według długoletnich doświadczeń w praktyce szpitalnéj i prywatnéj prawie zupełnie skutki lecznicze kąpieli borowinowych i żelaznych w ***niedokrewności, blednicy, ogólném osłabieniu i długotrwałych cierpieniach*** zwłaszcza ***kobiecych dróg rodnych.***

Leczenie w domu i zimowe bez osobnéj dyjety.

Rozsełka w paczkach po 1 klgr.

MATTONI i Sp. FRANCENSBAD (w Czechach).

Składy: W ***Wiedniu Henryk Mattoni;*** w ***Budapeszcie Mattoni i Wille*** i we wszelkich składach wód mineralnych i aptekach.

Dla słabych i rekonwalescentów.

KONIAK i STARE WINA

z piwnic

APTEKI pod „GWIAZDĄ“

PIOTRA MIKOLASCHA we Lwowie.

Koniak grande Champagne dla celów leczniczych bardzo stary — cena ¼ litrowéj buteleczki 1 złr. 80 ct.

Wino Malaga, od roku 1846 na składzie będące — cena ¼ litrowéj buteleczki 1 złr. 20 ct.

Wino Tokajskie, bardzo stare, prawdziwe arcanum dla osłabionych — cena ¼ litrowéj buteleczki 2 złr. 50 ct.

Wino hiszpańskie dla rekonwalescentów, nieco słabsze jak Malaga, pochodzi z okolic Granady

Wino wyborne, nadaje się osobliwie dla niewiast i dla dzieci — cena ¼ litrowéj buteleczki 1 złr. w. a.

Wyborne własności tych napojów spowodowały wielu lekarzy a pomiędzy nimi i takich sławy Europejskiéj do wygotowania świadectw bardzo pochlebnych. Także świadectwa otrzymałem od Wnych **Dr. Alfreda Biesiadeckiego**, c. k. radcy namiestnictwa i referenta spraw krajowych sanitarnych, Dra **Karola Brauna**, c. k. radcy dworu, profesora i dyrektora kliniki położniczéj w Wiedniu, Dra **Józefa Spaetha**, c. k. profesora, nadradcy sanitarnego w Wiedniu, Dra **Draschego**, profesora i dyrektora Vgo oddziału lekarskiego szpitala powszechnego w Wiedniu, Dra **Lorinsera**, dyrektora szpitala na Wideniu w Wiedniu, Dra **Józefa Weigla**, Dra **Oskara Widmanna**, Dra **Edwarda Sawickiego**, Dra **G. Ziembickiego** we Lwowie i innych.

Win leczniczych i napojów dla rekonwalescentów Pana Dra Karola Mikolascha używam od dłuższego czasu tak w klinice jakoteż w praktyce prywatnéj i jestem z działania ich jak najzupełniéj zadowolony. Zasługują one w zupełności na uznanie u lekarzy i na wziętość u chorych. Kraków dnia 25 Czerwca 1882. **Prof. Dr. Edward Korczyński**
Dyrektor Kliniki lekarskiéj w Uniw. Jagiell. mp.

☛ Przy posyłkach liczę za opakowanie i stempel od jednéj buteleczki 20 ct., od 2ch 30 ct., od 3ch 35 ct., od 6ciu 50 ct., od tuzina 80 ct.

Skład główny dla Galicyi i Bukowiny w aptece pod gwiazdą:
Piotra Mikolascha we Lwowie.

kład główny dla Austro-Węgier i dla państw ościennych
u p. **Wilhelma Maagera w Wiedniu**, Heumarkt. Nr. 3.

Składy w Galicyi: We Lwowie u pp. aptekarzy: K. Krzyżanowskiego i Jakóba Pipesa, w Krakowie u p. **aptekarza F. GRALEWSKIEGO**, w Brzeżanach apteka p. Dembińskiego, w Kołomyi apteki p. Sidorowicza i Stenzla, w Tarnopolu apteka p. Jamrógiewicza, w Przemyślu apteka śp. Tarczyńskiego, w Jarosławiu apteka p. Rohma, w Przeworsku apteka p. Switalskiego. w Bełzie apteka p. A. Grossa, w Bolechowie apteka p. K. Schindlera, w Brodach apteka p. M. Kulaka, w Buczaczu p. K. Lewickiego, w Drohobyczu apteka p. Raczki, w Rzeszowie apteka p. Kalinowskiego, w Stanisławowie apteka p. Beilla, w Tarnowie p. Chodackiego, w Żółkwi u p. Dadleca.

Skład główny w Czerniowcach w aptece p. Krzyżanowskiego.

Skład generalny dla Bukowiny w aptece p. F. Krzyżanowskiego w Czerniowcach.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ulica Grodzka Nr. 41.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w **Austryi** 8 złr. 80 c.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 9 września 1882. **№ 36.** Rok XXI.

I. Z pracowni dla patologii doświadczalnéj Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. Dra Adamkiewicza.

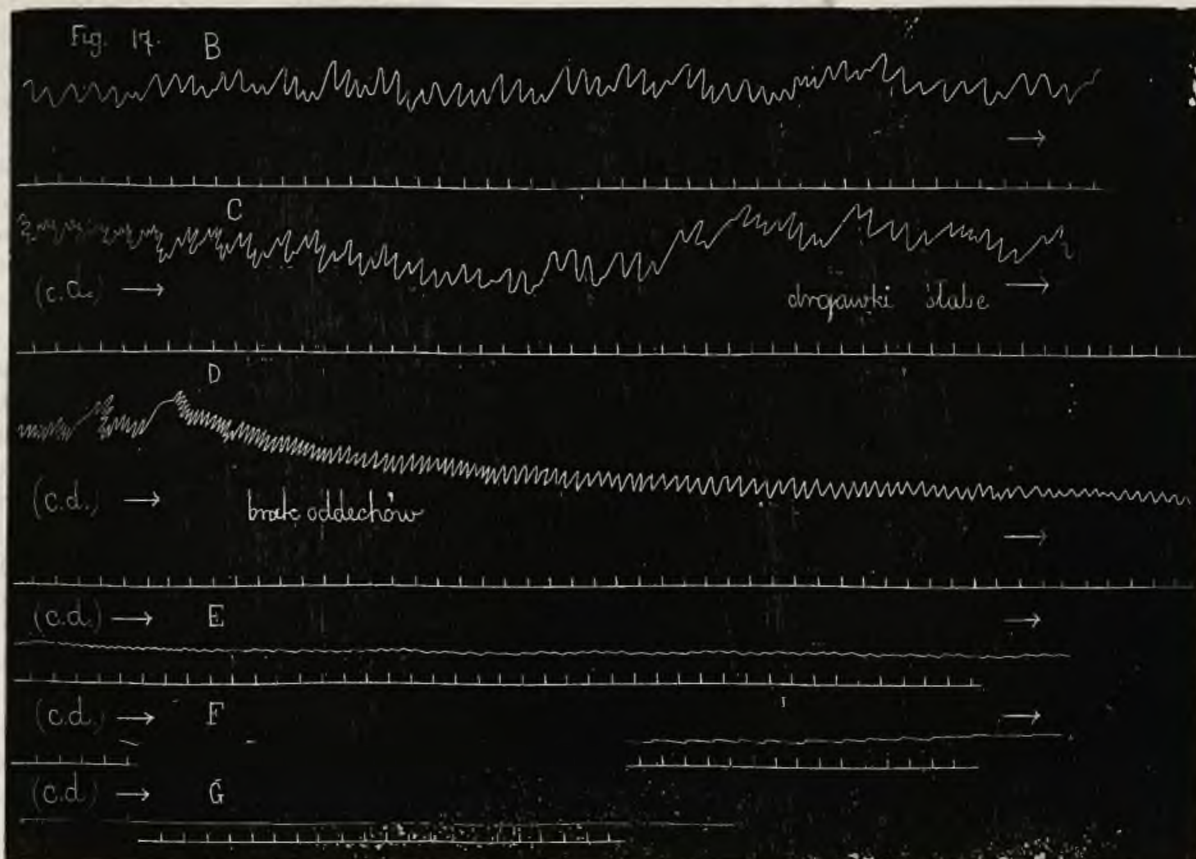
O zachowaniu się serca wśród dławienia i topienia.

Napisał Dr. W. Pisek,
b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Obrazy sfigmograficzne odnoszące się do drugiego okresu aktu dławienia dają się ułożyć w dwie grupy, reprezentujące też dość odrębne typy.

W téj pierwszéj grupie uderza nas przedewszystkiém obecność krzywizn oddechowych właściwie zatém mamy jeszcze przed sobą ciąg dalszy okresu pierwszego, lub raczéj widzimy nadmiernie długie trwanie *maximum* parcia. Od czego to nadmiernie długie trwanie zależy nie można było wyśledzić, gdyż ani w początkowych okresach ani wreszcie i końcowych nic nie dostrzeżono, coby ciemny ten punkt wyjaśnić mogło. Gdzie znów w téj grupie krzywe oddechowe tylko sporadycznie się zjawiają, tam mamy przed sobą preagoniczne usiłowania oddechowe. Obraz końcowy téj grupy odpowiada znów całkowicie obrazowi końcowemu, jaki przedstawia grupa następująca, tj. ta, w któréj *maximum* parcia bezpośrednio przechodzi w okres z brakiem ruchów oddechowych, z obniżającą się wciąż krzywą parcia. Szczyty „tętna“ stają się coraz mniejsze, lecz częstsze, tak że po 4 sekundach, a po 60 lub 90 sekundach od zamknięcia tchawicy licząc, krzywa parcia przedstawia linię



jednostajną prawie. Wysokość jéj już po 60 sekundach, licząc mniéj więcéj od czasu zamknięcia tchawicy, opadła do téj, jaką okazuje prawidłowe parcie krwi.

Wnioski tedy jakie się z powyższych obrazów sfigmograficznych nasuwają są następujące:

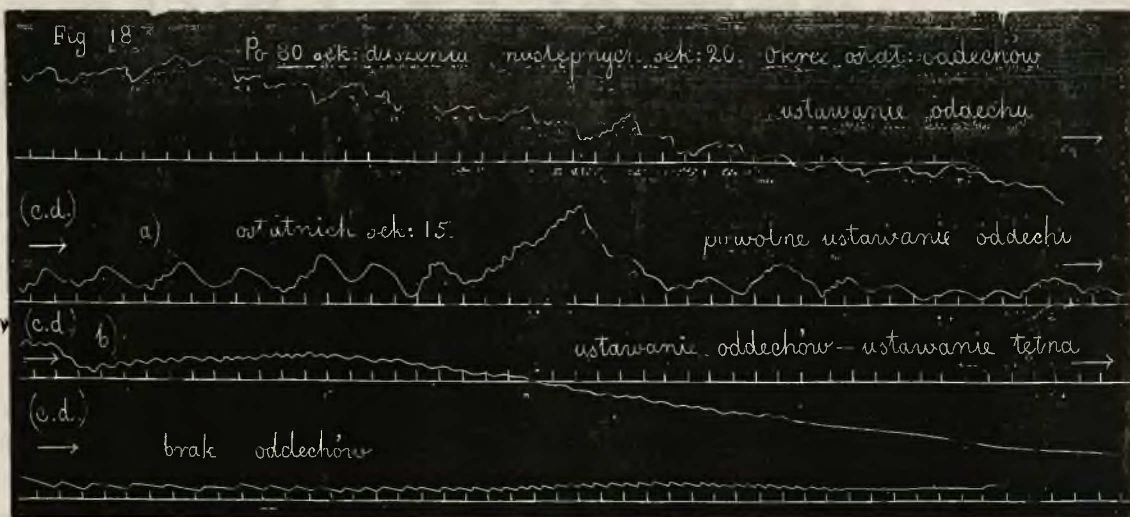
VII. W niektórych przypadkach z nieznanych nam bliżéj przyczyn *maximum* parcia krwi trwa dłużéj, nawet dwa razy dłużéj, jak w innych przypadkach.

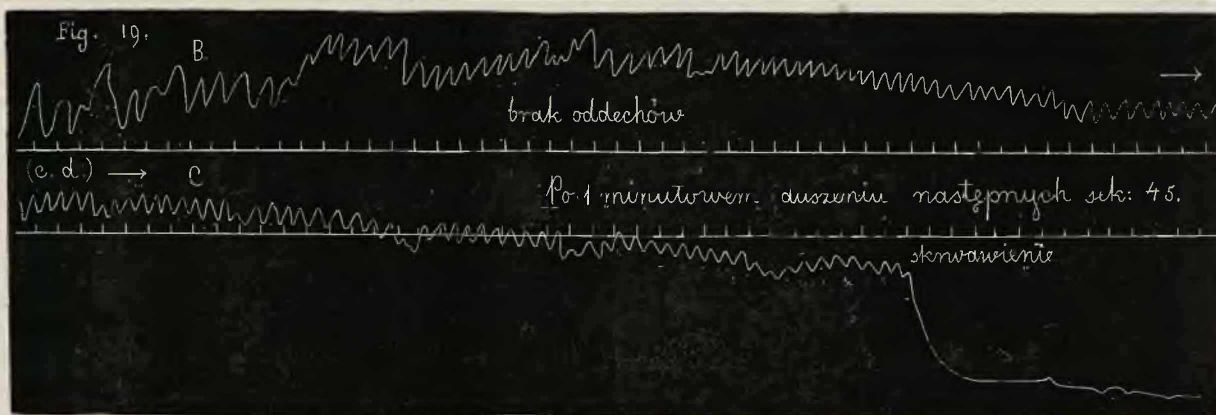
VIII. Przejście *maximum* parcia do okresu następnego bywa różne, albo nagłe albo powolne.

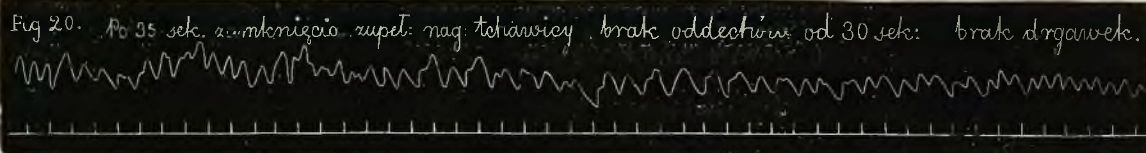
IX. Po niejakim czasie parcie krwi zazwyczaj opada, opadanie to jest zawsze powolném.

X. Ruchy serca trwają nieraz i do 50 sekund po ostatnich wdechach.

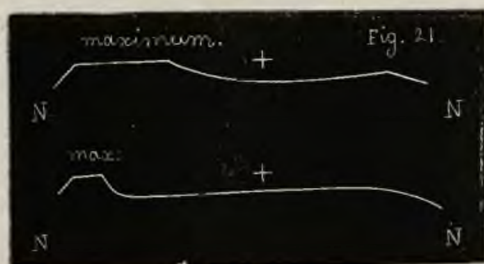
XI. Ustawanie ruchów serca jest dość nagłe bez wybitniejszéj zmiany ilości tętna.







Zachowanie się parcia krwi w drugiéj połowie aktu dławienia uzmysławiają dwa niżéj podane schematyczne rysunki odpowiadające dwom grupom:



Uderzającą jest rzeczą wysokie parcie, tak w grupie pierwszéj przy długotrwającém *maximum*, jak w grupie drugiéj przy krótkotrwałém, pomimo ustania akcyi serca (chwilę tę oznaczono przez +).

Może polega ono na stałym kurczu naczyń włosowatych, wywołanym przez drażnienie rdzenia przedłużonego długo trwające. (C. d. n.)

II. Sposób dokładnego oznaczania ilości treści płynnéj w żołądku ludzkim w celach klinicznych i fizyjologicznych.

Podał Dr. Walery Jaworski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 35).

Przystępuję obecnie do bliższego wyjaśnienia postępowania przy powyższych doświadczeniach. Jako ciecz oznaczającą brałem w kilku przypadkach zakwaszony rozczyn $FeCl_3$ w nadziei otrzymania ściślejszych wyników. Tymczasem wbrew memu oczekiwaniu okazały się przy użyciu tego rozczynu znaczne trudności. Rozczyn chlorku żelazawego wywoływał bowiem silną sekrecyję błony śluzowéj żołądka, a w razie mocno alkalicznego oddziaływania treści żołądkowéj, tworzył ciecz mętnawą, żółtawo-ceglasto zabarwioną od wydzielonéj soli żelazowéj zasadowéj, a spodziewane oznaczenie żelaza za pomocą miareczkowania okazało się w obec ciał organicznych niemożliwém. Dopiero trzeba było ciecz żołądkową kilkakrotnie albo z wodą królewską albo z HCl i $KClO_3$ wygotowywać, w łaźni wodnéj odparować, sodą zobojętnić w nadmiarze i wyżarzyć, potém w wodzie królewskiéj rozpuścić, zobojętnić, i dopiero z tego rozczynu $H_6Fe_2O_6$ strącić. Ani samo gotowanie z wodą królewską lub HCl + $KCLO_3$, ani samo wyżarzenie nie wystarczało do strącenia żelaza jako $H_6Fe_2O_6$, lecz obydwie operacyje trzeba było ze sobą łączyć. W obec tak żmudnych manipulacyj użycie połączeń żelaza do rozczynu oznaczającego nie zaleca się.

Użycie H_3PO_4 rozcieńczonego jako płynu oznaczającego daje wprawdzie dobre wyniki, lecz z powodu dłuższego trwania rozbioru chemicznego i uwzględniania wody użytéj do przepłukiwania $MgNH_4PO_4$ nie bardzo się zaleca, a jeżeli żołądek nie jest czczy, a zatém także fosforany z pokarmów zawiera, wcale nie może być użyty.

Zupełnie to samo dotyczy soli magnowych jak np. tu używanego $MgCl_2$.

Kwasota soku żołądkowego, jeżeli jest znaczna, może w wielu przypadkach z korzyścią być użyta do oznaczenia ilości płynu w żołądku. Treść wydobyta musi być jednak zawsze wodą przekroploną rozcieńczona, przesączona i bezbarwna, a miareczkowanie uskutecznione rozczynem dziesiętnonormalnym ługu sodowego. Jeżeli zaś przesącz jest zabarwiony lub kwasota jego tylko mała, to wyniki są bardzo niedokładne.

Rozczyny chlorków, szczególnie soli kuchennéj, zmiareczkowane według Mohra bardzo rozcieńczonym rozczynem $AgNO_3$ najlepiéj dziesiętnonormalnym, są jako ciecze oznaczające najwygodniejsze. Ponieważ jednak miareczkuje się tu wprost sok żołądkowy zawierający ciała organiczne, trzeba wprzód rozstrzygnąć pytanie, czy takie miareczkowanie solą srebrową daje dokładne wyniki. Rozcieńczywszy sok żołądkowy dwa do czterech razy wodą przekroploną, przesączywszy go i zmiareczkowawszy rozczynem $AgNO_3$ otrzyma się wyniki, które bardzo mało, zaledwie w granicach błędu doświadczalnego, od tych się różnią, jakie się otrzyma, jeżeli przesącz się ze sodą wolną od chlorków odparuje, do ciemnéj czerwoności wyżarzy, pozostałość w wodzie rozpuści i ten rozczyn się zmiareczkuje. Różnica w wypadkach otrzymanych obydwoma sposobami zawsze być musi, gdyż przy zwęglaniu mała ilość soli kuchennéj uleci. Przy bezpośredniém miareczkowaniu soku żołądkowego solą srebrową według Mohra nie należy jednak dolewać rozczynu srebrowego aż dotąd, dopóki nie wystąpi zabarwienie ciemnoczerwone; trzeba zaraz z wpuszczaniem kropel zaprzestać, skoro utworzone zabarwienie żółte przejdzie w odcień pomarańczowy, co przez wprawę łatwo utrafić można.

Jeżeli treść płynna żołądka zawiera ciała białkowate (t. j. daje z żelasinkiem potasowym i kw. octowym zmącenie), co jednak w czczym żołądku nadzwyczaj rzadko ma miejsce, to wyniki miareczkowania takiego soku są bardzo niedokładne. Wtenczas trzeba dopiero po zwęgleniu wyparowanéj pozostałości miareczkować.

Dla porównania wyników otrzymanych przez miareczkowanie soku żołądkowego wprost i po zwęgleniu niech posłużą następujące przykłady:

a) W dwóch oznaczeniach po 10Ccm. soku żołądkowego przesączonego, ale nierozcieńczonego, zużyto 14,80 i 14,75 Ccm. rozczynu azotanu srebrowego.

10Ccm. tego samego rozczynu po odparowaniu z NaHO wolnym od Cl. i zwęgleniu spotrzebowały 14,7Ccm. tego samego rozczynu srebrowego.

10Ccm. tego samego przesączu odparowane i zwęglone jednak bez dodania NaHO spotrzebowały tylko 10,7Ccm. rozczynu srebrowego, z czego wynika, że znaczna ilość chlorków podczas zwęglania uszła.

b) W innéj cieczy żołądkowéj po przesączeniu znaleziono przez bezpośrednie miareczkowanie dla 10Ccm. 0,7 Ccm. rozczynu srebrowego.

10Ccm. téj cieczy po wyparowania z NaHO i wyżarzeniu spotrzebowały również 0,7Ccm. rozczynu srebrowego.

c) Dla 10Ccm. innéj przesączonéj cieczy żołądkowéj znaleziono miareczkując wprost 4,1Ccm. rozczynu srebrowego.

Po wyparowaniu z Na_2CO_3 wolnym od Cl. i wyżarzeniu 10Ccm. téj cieczy spotrzebowały 4,01Ccm. rozczynu srebrowego.

d) Inna ciecz żołądkowa przesączona i bezpośrednio miareczkowana spotrzebowała na 10Ccm. 3,1Ccm. rozczynu srebrowego.

10Ccm. tego samego przesączu odparowane z Na_2CO_3 wolnym od Cl. i zwęglone zużyły 3,0 rozczynu srebrowego.

e) Gdy jednak miareczkowano chlorki rozczynem srebrowym w soku żołądkowym, użytym do trawienia białka, to wypadek był następujący:

10Ccm. soku żołądkowego po dziesięciogodzinném sztuczném trawieniu białka i przesączeniu zużyło 2,05 rozczynu srebrowego.

10Ccm. tego samego przesączu odparowanego z Na_2CO_3 wolnym od Cl. i zwęglonego spotrzebowały 2,25Ccm. rozczynu srebrowego.

Różnica wypadków ztąd pochodzi, że raz AgCl. w rozczynie białka się rozpuszcza, a powtóre, że punkt graniczny zabarwienia dokładnie oznaczyć tu się nie da. Powyższe rozczyny dawały tak z HNO_3 jakotéż z K_4Cfy silne zmącenia.

Użycie rozczynu siarkanów rozpuszczalnych, jak np. Na_2SO_4 i $MgSO_4$, nie prowadzi wprawdzie tak szybko do celu, jak zastosowanie chlorków jako cieczy oznaczających, daje jednak najściślejsze wypadki. Strącenie SO_3 odbywa się wprost w przesączonym płynie żołądkowym. Wypadki bezpośredniego strącenia SO_3 różnią się jednak nieco od tych, jakie się otrzyma przez strącenie po zwęgleniu przesączu, jak pouczają następujące wyniki rozbiorowe.

a) 10Ccm. przesączonego płynu żołądkowego, wprost za pomocą $BaCl_2$ strąconego, wydało 0,540 $BaSO_4$; 10Ccm. tego samego przesączu z NaHO wolnym od siarkanów wyparowane i wyżarzone wydały 0,546 $BaSO_4$.

b) 10Ccm. innego płynu żołądkowego i bezpośrednio strąconego chlorkiem barowym dały 0,109 $BaSO_4$; 10Ccm. tego samego przesączu po odparowaniu z NaHO i zwęgleniu wydały po strąceniu 0,115 $BaSO_4$.

Różnica w obu wypadkach wynosząca 0,006 pochodzi ztąd, że podczas żarzenia siarka z ciał organicznych zamienia się na siarkany.

Przy oznaczaniu SO_3 w płynie żołądkowym należy go wodą rozcieńczyć i szybko sączyć, dodać HCl i zagotować (gdyż przez dłuższe stanie lub gotowanie bez HCl rozczyn się mąci i wcale nie wyjaśnia, dopiero przez kilkakrotne przepuszczanie przez sączek otrzyma się jasny przesącz) a potém dopiero chlorkiem barowym strącić.

Co się tyczy manipulacyi i ostrożności przy wyciąganiu płynu z żołądka, to naczynie, w które wchodzi treść żołądka, musi być wysuszone, sonda wodą przekroploną wymyta i zwilżona (tłuszczem niesmarowana). Wymięszanie po wprowadzeniu płynu do żołądka musi być przez kilkakrotne przesuwanie sondy i wdymanie powietrza starannie uskutecznione. Jeżeli chodzi o wyciągnięcie płynu według możności, to należy tak długo przedłużać aspiracyję, aż po kilkakrotném przesuwaniu sondy ciecz więcéj się nie pokaże. Otrzymany płyn musi być jak najprędzéj przerobiony, a według swéj gęstości 2—4razy wodą przekroploną rozcieńczony, dokładnie wymięszany i przesączony.

Zestawienie postępowania.

Stósownie do powyższych wskazówek postępuje się przy oznaczaniu ilości płynu w żołądku w następujący sposób: Zwilżoną wodą przekroploną sondę wprowadza się do żołądka i o ile możności stara się płyu wyciągnąć. Potém

wlewa się 100Ccm. wody przekroplonéj przez sondę, w powyżéj wskazany sposób uskutecznia się wymięszanie i znów się ciecz wyciąga. W cieczy tak za pomocą pierwszéj, jak i drugiéj aspiracyi otrzymanéj oznacza się potrzebne centymetry bardzo rozcieńczonego obojętnego rozczynu azotanu srebrowego (najlepiéj dziesiętnonormalnego) według Mohra odniesione do 100Ccm. (p_1 i p_2) cieczy i wstawia znalezione wartości we wzór:

$$x = 100 \frac{p_2}{p_1 - p_2}$$

i dodaje do otrzymanego wypadku za pierwszym razem wyciągnięte centymetry płynu żołądkowego. Jeżeli treść żołądka zawiera białko w rozczynie, to trzeba ją po przesączeniu ze sodą wolną od Cl w tygielku platynowym odparować i zwęglić, pozostałość na sączku wodą wymyć i przesącz rozczynem srebrowym zmiareczkować.

Jeżeli chodzi o bardzo ścisłe oznaczenie, to należy zrobić podwójne oznaczenie za pomocą rozczynu siarkanu sodowego wolnego od chloru. Postępuje się jak pierwéj wskazano, oznaczając w pierwszéj wyciągniętéj cieczy ilość zużytych centymetrów rozczynu srebrowego odniesione do 100Ccm. téjże (p_1); potém wprowadza się do żołądka zamiast wody przekroplonéj 100Ccm. rozczynu Na_2SO_4 o oznaczonéj ilości $BaSO_4$ (P). Po wymięszaniu wyciąga się drugi raz treść ze żołądka i oznacza w niéj tak ilość $BaSO_4$ jakotéż zużyte Ccm. rozczynu srebrowego odniesione do 100 Ccm. cieczy (p_2), i wstawia otrzymane wypadki z rozczynu soli srebrowéj do wzoru:

$$x = 100 \frac{p_2}{p_1 - p_2}$$

a z $BaSO_4$ we wzór:

$$x = 100 \left(\frac{P}{p_2} - 1\right).$$

Następnie bierze się średnią arytmetyczną obydwu otrzymanych wartości i dodaje ilość Ccm. pierwszéj wyciągniętéj cieczy, to suma podaje ilość całkowitą zawartości płynnéj żołądka w czasie aspiracyi, jeżeli tak wydzielanie jakotéż i wessanie błony śluzowéj żołądka podczas kilkuminutowego trwania doświadczenia się nie uwzględni.

W ten sposób może lekarz praktyczny ze wszelką dokładnością każdego razu dowiedzieć się, jaka ilość płynu podczas leczenia w czczym żołądku się jeszcze nagromadza, jakotéż zbadać funkcyję żołądka swego pacyjenta przez to, że jest w stanie oznaczyć, ile jeszcze z zadanego pokarmu po pewnym czasie w nim się znajduje; a fizyjolog i patolog nie potrzebuje się ograniczać przy badaniu trawienia tylko do doświadczeń na zwierzętach, zabijając je za każdym razem, gdyż mając sposób dokładnego oznaczenia ilości płynu w żołądku może z nieszkodliwemi ciałami robić swe doświadczenia i na ludziach.

Aby mieć pojęcie, o ile za pomocą aspiracyi samą sondą o ilości płynu w żołądku, a szczególnie o przybywaniu i ubywaniu tegoż, np. podczas leczenia, wnioskować można, zestawiam z powyższych doświadczeń dwa rzędy liczb, z których pierwszy oznacza ilość cieczy, które z żołądka, pomimo zastosowania tego samego sposobu wyciągania, nie mogły być sondą aspirowane, a zatém pozostały w żołądku, a drugi przedstawia ilości Ccm., które zdołano wyciągnąć, wlawszy do żołądka do pierwszych ilości 100 Ccm. płynu.

Ilości niewyciągniętego płynu z żołądka:

40, 51.8, 124.6, 59, 53.9, 22.2, 50.2, 199, 23, 41.

Ilości wyciągniętego płynu po wprowadzeniu 100Ccm. cieczy:

111, 104, 76, 45, 124, 116, 107, 51, 91, 123.

Ztąd okazuje się, że przy pojedyńczych doświadczeniach przy zastosowaniu tego samego sposobu wyciągania bardzo różne ilości płynu w żołądku pozostały i to w granicach 24—124, co można dostrzedz i w drugim szeregu liczb, gdzieby się spodziewano, że po wprowadzeniu 100Ccm. płynu do żołądka, z którego sonda wcale już nic wydostać nie mogła, wyciągnie się 100Ccm. lub przynajmniéj nieco mniéj cieczy; tymczasem zdołano w niektórych przypadkach więcéj niż 100Ccm. wyciągnąć. Ta niejednostajność tłumaczy się tém, że miękka sonda na dnie żołądka doznaje łukowatego zgięcia wypukłością na dół, tak że jéj okienko znajduje się nad poziomem cieczy, gdyż często zdarza się, że gdy ciecz podczas aspiracyi zaprzestanie się ukazywać przez małe wysunięcie sondy jeszcze dość sporą ilość cieczy wyciągnąć można.

III. Oceny i sprawozdania.

A. Fournier: **De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (Tabes specifique). Leçons cliniques professées à l'hôpital Saint Louis.** Paris. 1882. G. Masson, éditeur. W 8ce, str. 396.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Co do *c*). Przechodząc do trzeciéj kwestyi, jakiéj korzyści z leczenia przeciwkiłowego spodziewać się można u ludzi dotkniętych kiłowym wiądem pacierzowym lub za kiłę słusznie uważanym, wypada naprzód zastanowić się nad samém leczeniem przeciwkiłowém wiądu pacierzowego kiłowego.

Z uwagi, że wiąd pacierzowy kiłowy nie jest niczém inném, jak tylko objawem kiły, leczenie jego przeciwkiłowe nie może w ogólności odstępować od zwykłych zasad i może tylko wymagać pewnych modyfikacyj ze względu na groźne niebezpieczeństwo. Należy więc leczenie rozpocząć jak najwcześniéj, prowadzić zaś je jak najenergiczniéj i jak najdłużéj. Powinno się więc używać rtęci wewnętrznie jako sublimatu w ilości od 3 do 5 centigramów dziennie, zewnętrznie szaruchy od 8 do 20 gramów a jodku potasu 4 do 8 gramów również dziennie. Pod względem szczegółów leczenia odsyła autor czytelnika do swego dzieła o kile mózgowéj (patrz Przegląd Lekarski z r. 1879 Nr. 24) dodając, iż i tu bardzo nadaje się używanie rtęci i jodu na przemian w ten sposób, iż chory używszy z początku przez kilka tygodni jodu i rtęci razem następnie używa przez 3 do 4 tygodni wyłącznie jodu, późniéj przez takiż sam czas tylko rtęci, potém znów jodu itd. Leczenie takie należy prowadzić długo i nieraz powtarzać w latach następnych z powodu skłonności do powrotów kiły w ogólności, a kiły układu nerwowego w szczególności.

Prócz jodu i rtęci można nieraz z bardzo zadawalającym skutkiem użyć także innych środków i sposobów leczniczych, które atoli mają znaczenie tylko środków pomocniczych. Takiemi są: bromek potasu przeciw rozmaitym objawom podrażnienia ze strony układu nerwowego, morfin, mianowicie w postaci wstrzykiwań podskórnych, przeciw bólom, kąpiele ciepłe wannowe, cieplice siarczane i obojętne, odciągadła na skórę jak wielkie pryszczydła, żegadła np. żelazo na stos kręgowy, hydroterapija, co do któréj atoli trudno z góry oznaczyć przypadki, gdzie będzie dobrze dzia-

łać lub przeciwnie. Zdaje się, iż do leczenia zimną wodą kwalifikują się głównie przypadki z przytępieniem czynności rdzenia pacierzowego. Elektryczność w postaci prądu galwanicznego dośrodkowo na stos kręgowy używana oddaje niekiedy pewne usługi. Naciągnie nerwów działało w niektórych przypadkach pomyślnie na bóle, zboczenia inne w zakresie czucia a nawet na sam bezład. Operacyja ta atoli jest jeszcze zanadto świeżą, by można orzec ostatecznie już teraz o jéj skuteczności w wiądzie pacierzowym.

Przechodząc teraz do właściwego pytania, jakiéj korzyści spodziewać się mają dotknięci wiądem pacierzowym kiłowym z leczenia przeciwkiłowego, oświadcza autor, iż w kwestyi tak spornéj powinien każdy wyrzec swe zdanie przedewszystkiem na podstawie własnych spostrzeżeń.

Skutki terapeutyczne leczenia, o którém mowa, zależą przeważnie od okresu choroby. I tak tam, gdzie wiąd pacierzowy doprowadził do bardzo wyraźnych zboczeń w zakresie ruchu, czucia, czynności organów moczopłciowych lub zmian anatomicznych w nerwie wzrokowym, leczenie przeciwkiłowe tak nie ma znaczenia, jak go nie ma żadne inne w tym okresie. W najlepszym razie może leczenie przerzeczone wpłynąć korzystnie na niektóre przypady, jeżeli wiąd pacierzowy daléj jeszcze się rozwija i naprzód postępuje. Tak np. obserwował autor przypadki, gdzie bez zmiany w całości choroby bóle błyskawiczne zelżały znacznie pod wpływem leczenia przeciwkiłowego. W innych razach leczenie to wpływa przynajmniéj na przypady najświeższe lub zatrzymuje chorobę na pewnym punkcie.

Jeżeli zaś przeciwnie wiąd pacierzowy nie jest tak zastarzały, leczenie przeciwkiłowe może być skuteczne i to w trojaki sposób: *a*) wpływa korzystnie na niektóre przypady nie wpływając całkiem na bieg ogólny choroby, *b*) rzedziéj już wpływa na całą chorobę, która ogranicza się lub nawet ustępuje ale tylko chwilowo na pewien czas, po którym znów postępuje daléj lub łączy się z przypadami innego rodzaju np. mózgowemi, lub *c*) leczenie przeciwkiłowe zatrzymuje chorobę na pewnym punkcie, co oczywiście jest tylko względném wyleczeniem. Na zarzut, że taki skutek nie jest następstwem leczenia, lecz poprostu objawem naturalnego przebiegu choroby, odpowiada F. naprzód wykazaniem związku chronologicznego między skutkiem a leczeniem, tudzież tém, że skutek leczenia był trwały, czego nie ma oczywiście w zwykłym przebiegu bez wpływu terapii.

Nakoniec nader ważne zapytanie, jak wpływa leczenie przeciwkiłowe na wiąd pacierzowy kiłowy dopiero powstający? Odpowiedź bezpośrednia na to pytanie jest prawie niepodobna, ponieważ rozpoznanie wiądu w tym okresie nie jest zupełnie pewném. Wyleczenie przypadku o wiąd pacierzowy dopiero podejrzanego nie może służyć za dowód wyleczenia wiądu pacierzowego kiłowego. U dwóch tylko chorych we wczesnym bardzo okresie udało się autorowi usunąć na razie wszelkie przypady chorobowe; ponieważ atoli zniknęli mu oni całkiem z oczu, przeto brakuje na udowodnienie wyleczenia dowodu z czasu.

Natomiast nie mogąc dowieść wprost możności wyleczenia wiądu pacierzowego kiłowego środkami przeciwkiłowemi zwraca Fournier uwagę na następujące okoliczności:

Jak wiadomo, porażenia mięśniów ocznych liczą się do bardzo pospolitych przypadków kiłowego wiądu pacierzowego. Otóż 40 takich przypadków porażeń leczył F. środkami przeciwkiłowemi ze skutkiem znakomitym i trwałym, jak tego dowiodła długa ich obserwacyja. Niewątpliwie w pewnéj ich liczbie był wiąd pacierzowy kiłowy przyczyną; ich więc wyleczenie przemawia stanowczo za możnością wyleczenia wiądu pacierzowego kiłowego środkami przeciwkiłowemi w samym początku choroby użytemi. Kto zaprzecza, iż to był wiąd pacierzowy, ten musi przypuścić, iż między temi 40 przypadkami nie było ani jednego wiądu pacierzowego, co oczywiście sprzeciwia się statystyce, która wykazuje, iż porażenia mięśniów ocznych są rzeczywiście częstym przypadem wiądu pacierzowego kiłowego. Zresztą za możnością wyleczenia wiądu pacierzowego kiłowego środkami przeciwkiłowemi przemawiają bardzo postrzeżenia także innych autorów, jak Teissiera, Dujardin-Beaumetza, Carrego, Moorego, Hammonda, Bergera, Erba, Gowersa i wielu innych. (Dok. nast.)

Schuchardt: **Związek gruźlicy ocznéj szczepionéj z ogólną gruźlicą szczepioną.**

Pomysł zaszczepiania gruźlicy do komory przodkowéj oka jest własnością Cohnheima. Jakie usługi oddała metoda ta patologii doświadczalnéj w kwestyi gruźlicy, wszystkim jest znaném. Należy tylko porównać stan téj nauki obecny z czasem, gdy na podstawie doświadczeń tegoż samego Cohnheima oraz Fränkla bibuła lub gutaperka wprowadzona w ustrój zwierzęcia również miała gruźlicę wywoływać.

Nim przedstawimy wyniki pracy Schuchardta (*Breslauer ärztliche Zeitschrift* Nr. 9 i 10 z r. b.) rzućmy okiem, choć pobieżnie, na jego wybitniejszych poprzedników w tymże samym kierunku.

Szczepienia przedsiębrane przez Cohnheima, jeszcze podczas pobytu jego w Wrocławiu (1877), wspólnie ze Salomonsenem doprowadziły do nader ważnych wyników. Salomonsen pracował jeszcze daléj w Kopenhadze. Rezultaty dają się streścić w tych dwóch pewnikach:

I. Cząsteczki tkaniny zdrowéj, chorobowo zmienionéj, niegruźliczéj lub przez gotowanie zmienionéj gruźliczéj tkaniny [1]), wprowadzone do przedniéj komórki ocznéj królików, nie wywołują żadnych zmian, co najwięcéj przemijające przekrwienie tęczówki i spojówki (34 doświadczeń).

II. Cząsteczki gruźlicze i zołzowe ludzkie i zwierzęce, (które pochodzą od poprzednio szczepionych (gruźlicą) świnek morskich lub królików, wprowadzone do przedniéj komórki innych królików wywołują po 3—4 tygodniach) minionych wśród prawie zupełnego braku wszelkiéj reakcyi [2]), nagle ostre zapalenie tęczówki i pojawienie się drobnych prosówkowatych gruzełków (nieraz jednakowoż bez poprzedniéj *Iritis*). Zwierzęta żyjące dłużéj giną skutkiem serowatéj *Panophalmitis* i ogólnéj gruźlicy. Zwierzęta zaś, które giną wśród okresu „wylęgania się jadu“ okazują trzewa zdrowe.

Dodać wypada, że obok wątpliwych wyników, kilkakroć się powtarzających, widziano i bezpośrednio się rozwijającą *Panophalmitis*.

Zgodne z wynikami Salomonsena otrzymał wypadki Haensell (w okulistycznéj klinice Lebera w Getyndze). Wprowadzał on do komórki przodkowéj za pomocą strzykawki Pravaza ropę wziętą ze stawów nieotwartych jeszcze,

[1]) W *Comptes rendus* T. XCIII wykazuje Toussaint zaraźliwość mięsa świni gruźliczéj, mięsa prawie zgotowanego. Zob. Ref w Przegl. Lek. z r: 1881 Nr. 48.

[2]) Objawy zadrażnienia urazowego szybko mijają, a cząsteczka. wprowadzona nieznacznie tylko wśród tych 3—4 tygodni się zmniejsza.

a w których stwierdzono zmiany zapalne gruźlicze. W podobny sposób szczepił H. w miąższ rogówki, w spojówkę, w załamek spojówkowy, w jamę brzuszną, zawsze występowała po niejakim czasie [1]) gruźlica tęczówki, a gdy zwierzęta dłuższy czas przy życiu zostawały, gruźlica ogólna.

Baumgarten, przeszczepiając gruźlicę z jednego zwierzęcia na drugie, wykazał, że krew tychże, tuż po zabiciu zwierząt, wstrzyknięta do przedniéj komórki prawie zawsze sprowadza gruźlicę oczną z następową gruźlicą ogólną [2]). Przy téj sposobności przypomina B. pracę Semmera (z Dorpatu z r. 1875), w któréj wykazano, że krew krowy choréj, wstrzyknięta pod skórę, wywołała u wszystkich zwierząt do doświadczeń użytych perlicę). Krew zwierząt zdrowych do przedniéj komórki królików wprowadzona żadnych nie wywołuje zmian, zostaje wessaną; krew zaś zwierząt schorzałych była albo bezskuteczną jak zdrowa albo też wywoływała *Panophalmitis*, nigdy gruźlicy.

Deutschmann używał ropy gruźliczéj, gdzie surowica oddzieliła się była w naczyniu po dłuższém odstaniu od upostaciowanych części, składowych w postaci osadu nagromadzonych. Surowica zawierała jedynie tylko drobne poruszające się twory *„Monas tuberculosum,“* a pomimo to nigdy szczepiąc li tylko taką surowicą nie mógł sprowadzić gruźlicy. Natomiast gdy D. użył osadu, zawierającego przeważnie ciałka ropne, otrzymywał zawsze gruźlicę tęczówki, oczywista po pewnym okresie wylęgania. Do sprowadzenia gruźlicy zawsze konieczne były cząsteczki produktów rozpadowych gruźliczych. (Dok. nast.)

Prof. G. Wertheim (Wiedeń): **Natryski gazowe z kwasu węglowego przeciw niedołęztwu męzkiemu.**

Jakkolwiek impotencyja u mężczyzn należy do jednych z najprzykrzejszych i w skutkach swych najgorszych cierpień, które nietylko zatruwają życie choréj jednostce, ale są zarazem częstokroć powodem do niesnasków w łonie rodziny i skandalicznych procesów, to przecież leczenie tego cierpienia nic nie postąpiło w ostatnich kilkunastu latach. W obszernym referacie Currschmanna, w patologii i terapii szczegółowéj Ziemssena, zaledwie jest wzmianka o kilku środkach przeciw temu cierpieniu używanych, jednak autor każe z niemi ostrożnie postępować i wstrzymuje się od zalecenia ich. Toż samo znajdujemy w tak rozpowszechnionym podręczniku Niemajera. W rocznikach Canstatta z ostatnich lat dziesięciu raz jedyny napotyka się w spisie rzeczy słowo „Impotentia“. Ale i w tym artykule nie ma nic, coby się odnosiło do terapii.

Prof. Wertheim spowodowany słowami Rinna v. Sarrenbacha, jakie napotkał w jego repertoryjum (t. II, str. 461), że „kąpiele gazowe w Eger nader silnie drażnią narząd płciowy i skutkiem tego często przywracają mu utraconą energiję“ postanowił użyć tego środka przeciw niedołęztwu męzkiemu. W całéj literaturze balneologicznéj dawniejszéj i najnowszéj znajdują się tylko wzmianki o leczniczém działaniu kwasu węglowego zewnętrznie stosowanego na niepłodność u kobiet, o impotencyi u mężczyzn zaś nigdzie wzmianki nie ma.

Naturalnie nie może tutaj być mowy o leczeniu impotencyi, spowodowanéj cierpieniami i zmianami anatomicznemi w ośrodkach nerwowych lub nawet w gałęziach nerwów obwodowych, ani też o niedołęztwie, mającém za przyczynę zboczenia i potworności wrodzone lub nabyte w samym narządzie płciowym, lecz tylko o impotencyi, występującéj samodzielnie u mężczyzn zresztą zdrowych i dobrze zbudowanych. W celu leczniczym używa autor przyrządu przez siebie zbudowanego, za pomocą którego może dowolnie regulować strumień kwasu węglowego. Doświadczenie wykonywał autor w szpitalu Rudolfa w swoim oddziale. Dotąd mógł autor środek ten stosować tylko u dwóch chorych. U pierwszego chorego trwało pierwsze posiedzenie z przerwami godzinę. Jakkolwiek gaz wypływający z przyrządu posiadał nawet ciepłotę niższą od ciepłoty pokojowéj, to przecież chory doznawał już w pierwszych chwilach na częściach, wystawionych na działaniu gazu, uczucia ciepła. Na drugi dzień po tém posiedzeniu przybiegł pacyjent nader ucieszony, opowiadając, że w czasie nocy trzy razy się zbudził skutkiem naprężenia prącia, co mu się już przeszło od roku nie wydarzyło. W czasie drugiego posiedzenia ku końcowi nastąpiło znów naprężenie. Już kilka miesięcy upłynęło od zakończenia kuracyi, a pacyjent cieszy się zupełném przywróceniem energii narządowi płciowemu. Przed niedawnym czasem udał się o poradę do autora drugi chory. Jest to mężczyzna lat trzydziestu, od kilku miesięcy cierpiący na impotencyję. Uczucie, jakiego doznawał pod wpływem kwasu węglowego, opisuje chory jako uczucie ciepła, przechodzące późniéj w uczucie napięcia i lekkiego szczypania w częściach płciowych. Już po pierwszém posiedzeniu chory doznał w nocy kilkakrotnie naprężenia prącia, a nawet następnéj nocy polucyi. Po kilku posiedzeniach chory odzyskał zupełnie moc spółkowania. *(Medizinische Jahrbücher*, 1882).

Dr. Kopff.

Marchand: **Lasecznik zimniczy.**

W trzynastym tomie *Arch. f. exp. Path.* opisali Cuboni i Marchiafava grzybki lasecznikowate znachodzące się we krwi u ludzi wśród napadu zimniczego. Autorowie ci uważają grzybek ten za swoisty twór zimnicy, który zresztą pod wielu względami odpowiada grzybkom „zimniczym,“ opisanym już dawniéj przez Klebsa, Tommasi-Crudeliego, Marchiafavę i Lanziego. Niedawno temu podał Marchand w kwietniowym zeszycie *Virch. Arch.* (Bd. 88, Heft 1) opis grzybka identycznego z opisami powyższych autorów, jakkolwiek obserwacyja odnosi się jeszcze do r. 1876.

Grzybek przerzeczony zjawia się we krwi wśród napadu zimniczego w okresie dreszczów. Postacią przypomina laseczniki, od których wszelako tém się odznacza, że na obu końcach, nieraz i w samym środku (tu może tylko pozornie) okazuje zgrubienia guzkowate. Grzybki te posiadają również samoistne ruchy i okazują pewną giętkość. Z nastaniem potów grzybki znikają.—Jakkolwiek sam Marchand, w dalszym ciągu swego doniesienia, zwraca uwagę na twory podobne do powyżéj opisanych, powstałe z rozpadu czerwonych ciałek krwi, a zjawiające się w téjże wśród pewnych warunków, to przecież zbyt mało zdaje się przypisuje temu wagi.

Zachodzi pytanie, czy twory te można uważać za swoiste dla zimnicy, jeżeli je Billroth widział we krwi gnijącéj *(Untersuchungen über die Vegatationsformen der Coccobacteria septica 1874.* Tab. 4, fig. 37), jakkolwiek z mocno błyszczącemi zarodnikami na końcach, jeżeli je Koch przy wągliku miejscowym skóry dostrzegł, jeżeli wreszcie zostały niedawno temu przez Baumgartena opisane, jako swoiste laseczniki gruźlicze, o których wyraźnie powiada, że tém się

[1]) Okres inkubacyi trwał 13—23 dni. Nadto rozwijały się w tych przypadkach, gdzie użyto miąższu rogówkowego, zmiany podobne do obrazu, jaki daje *Pannus crassus.*

[2]) Zaraźliwość krwi gruźliczéj stanowczo stwierdził Lenz, (*Centralblatt f. Chir.* Nr. 33, 1881).

cechują: „że na końcach okazują zgrubienia guziczkowate." (Por. Nr. 18 r. b. Przegl. Lek. „W sprawie laseczników gruźliczych).—*(Przyp. Spr.)* *Dr. Pisek.*

Wiadomości pomniejsze.

(K. Gr.) **Dwa nowe środki antyseptyczne.** Dr. le Bon przedstawił niedawno Akademii Nauk w Paryżu dwa nowe środki antyseptyczne gliceroboran wapniowy i gliceroboran sodowy. Oba te połączenia posiadają te przymioty, że są bardzo rozpuszczalne, niszczą wyziewy i są wolne od właściwości trujących. Wystawione na wpływ powietrza oba szybko się rozpływają chłonąc z powietrza wilgoć w ilości co do wagi równéj swéj wadze. Tak wyskok jak i woda rozpuszczają te sole w ilości 2 razy takiéj ile same ważą. Są to bardzo dzielne środki antyseptyczne; najskuteczniejszym pod względem leczniczym zdaje się być sól wapniowa. Istota ta jest bezwzględnie nieszkodliwą i można jéj używać w silnych rozczynach, stosując nawet do tak delikatnych narządów jak oko bez złych skutków. Pod względem higijenicznym obu soli z korzyścią używać można jako środków odwietrzających lub konserwujących mięso lub inne pożywki. Dr. le Bon przesłał mięso pociągnięte tylko pojedyńczą powłoką glyceroboranu do la Platy, dokąd doszło w stanie świeżym i zdrowym. Sądzi on, że obu soli użyć będzie można jako dzielnych środków antyseptycznych w Listerowskiéj oprawie ran. *(The Lancet,* 1882, II, Nr. 5).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie.
Sekcyja lwowska.

Posiedzenie z dnia 29go kwietnia 1882.

Przewodniczący Dr. Rożański. Członków obecnych 22.

1) Po odczytaniu i przyjęciu protokułu z ostatniego posiedzenia.

2) Dr. Mahl przedstawił chorego, którego wyleczył z porażenia więzadła głosowego prawego w skutek wola podtchawicznego. (Wykład ogłoszony następnie w Nrze 30 Przeglądu z rb.) W rozprawie zabierali głos kol. Merczyński, Schattauer i Szeparowicz.

3) Dr. Szeparowicz przedstawia 23-letniego krawca z poczynającą zgorzeliną palców kończyny górnéj prawéj. Chory, u którego, wedle wyniku badania prym. Dra Widmanna, nie ma żadnéj choroby serca, znajduje się obecnie w leczeniu w oddziale chirurgicznym szpitala lwowskiego. Po ukończeném leczeniu prelegent zamierza mieć wykład tak o tym przypadku jak i o innych jemu pokrewnych. Obecnie zaś przedstawia pacyjenta dla tego, aby koledzy mieli sposobność zbadać sprawę i poszukać jéj przyczyny, co po ukończeném leczeniu byłoby prawdopodobnie niemożebném z powodu feryj letnich Towarzystwa.

4) Dr. Rieger jako lekarz zdrojowy w Truskawcu przedkłada plan nowych łazienek, które w r. b. wybudowali nowi właściciele zdrojowiska. (Szczegóły p. w sprawozdaniu z posiedzenia Komisyi balneologicznéj Tow. Lek. krak., odbytego w d. 27 lutego b. r. Przegląd Nr. 21 z r. b.) *Dr. Dyhdalewicz.*

Posiedzenie z dnia 13 maja 1882.

Przewodniczący Dr. Rożański. Obecnych członków 18.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytany i przyjęty.

2) Przewodniczący wyjaśnia powody, cel i zakres tematu, stojącego na porządku dziennym posiedzenia. W czasie gdy dwoinki (*Schizomycetes*) tak ważną poczynają odgrywać rolę w medycynie, staje się niezbędném do należytego zrozumienia rzeczy poznać podstawę wiadomości naszych o dwoinkach, t. j. botanikę dwoinek, a mianowicie ich morfologiję, biologiję, o ile jest wiadomą, wreszcie istniejące klasyfikacyje. Gdy nie każdy z kolegów ma czas i sposobność oddawać się tak obszernym a odległym studyjom, przeto mowca zaprosił docenta botaniki we Wszechnicy Lwowskiéj Dra Kamieńskiego, którego zgromadzeniu przedstawia, aby raczył sprawę dwoinek wyłożyć w streszczeniu ze swego stanowiska. Zaproszony do zabrania głosu

3) prelegent tak swą rzecz przedstawia. Dwoinki należą do ustrojów roślinnych najprostszéj budowy. Nietylko organizacyję ich ale już samą obecność może wykryć tylko mikroskop i to dobry. Ztąd odkrycie ustrojów przerzeczonych datuje się dopiero od czasu wydoskonalenia tego narzędzia, to jest od końca XVII wieku. Podstawy zaś naukowéj klasyfikacyi dwoinek położyli dopiero w 100 lat późniéj O. F. Müller a następnie (między innymi) Ehrenberg w r. 1838. Liczny szereg późniejszych badaczy składał się na wyjaśnienie pytań co do ich budowy, rozwoju, mnożenia się i objawów żywotnych. Obecnie wiemy, że przedstawiają się one w postaci pojedyńczych komórek roślinnych, zaokrąglonych lub wydłużonych, prostych lub zgiętych spiralnie, wielkości rozmaitéj od 0,2 mik. mil. do 0.2 mil. Barwy jużto nie mają żadnéj, jużto przeciwnie zawierają barwiki pokrewne anilinowym (podług Schroetera). Ruch mają samodzielny, takowy odbywa się za pomocą rzęs, umieszczonych pojedyńczo na końcach komórek. Ruch ten atoli ma miejsce tylko w pewnych warunkach, przedewszystkiém potrzebną jest do niego obecność tlenu. Budowa komórek jest bardzo prostą. Treść ich bowiem stanowi pierwoszcze, w którém najważniejszą rolę gra odkryta przez Nenckiego mykoproteina, ciało białkowate wzoru $C_{22}H_{42}N_6O_9$. Osłonka zaś wedle tego samego badacza nie składa się z komorczenia (*cellulosa*), lecz ma podobnie jak treść zawierać azot. Z innych ciał wykryto w pierwoszczu niektórych gatunków siarkę krysztaliczną, w pewnych zaś skrobię. Rozmnażanie się dwoinek jest również proste jak ich budowa. Komórka dzieli się na dwie, z których każda powiększa się i dorasta rozmiarów komórki macierzystéj. Nowe komórki znowu się dwoją tak samo. Ztąd w krótkim czasie powstaje wielka ilość osobników, które trzymają się do pewnego stopnia razem, tworząc długie nitki lub kępki, albo téż oddalają się od siebie. Niekiedy zewnętrzne warstwy błony komórkowéj pęczniejąc tworzą galaretę, która zlepia pojedyńcze komórki. Tym sposobem powstają duże masy galaretowate, zwane zlepem komórkowym *(zoogloea).* Jest to stan, który się trafia i u innych roślin niższego rzędu. Oprócz dzielenia się dwoinki mają jeszcze inny sposób rozmnażania się, mianowicie za pomocą zarodników. Takowe powstają w ten sposób, że część treści komórkowéj skupia się i okrywa podwójną osłonką. Tak utworzone zarodniki kiełkują w ten sposób, że zewnętrzna osłonka pęka a wewnętrzna wypukla się wraz z treścią, tworząc komórkę wydłużoną. Wyschnięte zarodniki unoszą się w powietrzu wraz z pyłem, a kiełkują dopiero wtedy, gdy się znajdą w dogodnych dla siebie warunkach. Wtedy jedne z nich przedstawiają zarazki chorobowe, inne zaczynniki, sprawiające wszelkie rodzaje kiśnienia tudzież gnicie. Do rozwoju dwoinek najprzydatniejszą jest średnia ciepłota (około 35°—40°C.), nadto jedne z nich, a mianowicie formy wydłużone, potrzebują koniecznie tlenu, gdy inne, mianowicie kształtu zaokrąglonego, mają się obejść bez niego. W miarę różnych warunków komórki jednego i tego samego gatunku zmieniają swe kształty: raz są kuliste, innym zaś razem wyrastają wzdłuż więcéj lub mniéj, tak że przybierają formy pałeczek, nitek itd. W skutek tego odróżnienie pojedyńczych odmian, gatunków i rodzajów jest bardzo utrudnioném. Ztąd téż jedni badacze redukują różne kształty dwoinek do jak najmniejszéj ilości gatunków, Billroth próbował nawet skupić przeważną ich część w jeden gatunek, który przezwał *coccobacteria septica.* Inni, jak np. Cohn, odróżniają znaczną liczbę gatunków. Słowem klasyfikacyja dwoinek nie jest jeszcze dotąd ustaloną. Główną zaś tego przyczyną jest okoliczność, że w prostéj nadzwyczaj budowie i rozwoju tych ustrojów nie wykryto jeszcze cech stałych, z których podobieństwa możnaby wnosić o dalszém lub bliższém pokrewieństwie. W roślinach wyżéj uorganizowanych cech takich dostarczają nie tyle narządy wegetacyjne ile rodcze, których dwoinki nie posiadają, są one tu zastąpione przez bezpłciowe zarodniki. Dla tego téż zdaje się, iż najbardziéj zbliżonym do prawdy podziałem dwoinek będzie ten, który się oprze na budowie i rozwoju zarodników.

Dr. Dyhdalewicz.

V. Szkice położnicze ze Wschodu.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski

II.

Akuszerki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

Nie podobna też na prawdę nie być ożywionym głębokiém współczuciem dla kobiet, zagrożonych podobném przejściem w ostatnim okresie ich ciąży, wiedząc mianowicie że pojedynczy środek mechaniczny może uratować życie dziecka, a matkę zabezpieczyć od strasznych kilkudniowych męczarni. Nie podobna nie rzucić słowa zgrozy przeciwko zaślepieniu i występkom tych matron, które dla zadowolenia chciwości i miłości własnéj poświęcają życie noworodka i matki; podkopują przywiązanie męża i ojca, niszczą nadzieje całéj rodziny! Nie podobna też pominąć milczeniem i nie wyrazić się ze zdziwieniem, o naiwném usposobieniu całéj ludności, która uwalniając akuszerkę od odpowiedzialności, przypisywać zwykła całe nieszczęśliwe zejście tylko przeznaczeniu. Opłakuje się wprawdzie ofiarę; nie inkryminuje się jednak mordercy, który też z największym spokojem kontynuuje dzieło swego zniszczenia, nie obawiając się, ażeby zaszły tu i owdzie przypadek mógł zaszkodzić nabytéj reputacyi. Ubolewa się nad mężem, twierdząc, że nie ma szczęścia, pociesza go się przechodząc wreszcie do wyszukania mu nowéj towarzyszki życia, silniejszéj lub szczęśliwszéj, a zatém i zdolniejszéj do uwiecznienia rasy i imienia!

Jednakże sprawa porodowa nie zawsze daje tak fatalny rezultat. Spotykamy tu już bowiem pewne rodziny, mianowicie w pośród chrześcijan, zaczynające wątpić o naukowéj wartości poznanych akuszerek. Ztąd więc w każdéj choćby najmniéj trudnéj okoliczności, przy prostém przedłużaniu się pracy porodowéj, nie chcą nawet słyszeć o natrętnych matronach, a przynajmniéj odmawiają im pełnego zaufania, wymagają koniecznie obecności lekarza. Myśl wyborna, tylko jéj zastósowanie bywa nieco trudném. Wspomniałem już, że na Wschodzie lekarz, ktoby on nie był, nie ma prawa opatrywać, a tém więcéj jeszcze dotykać narządu płciowego kobiety. W oczach mieszkańców czynność podobna jest uważaną za skandaliczną. Mała więc tylko ilość rodzin wykształconych rozpoczęła od niedawna zwalczać szczególny ten przesąd i w trudnych przypadkach używać pośrednictwa lekarza. W każdym jednak razie, ażeby nagle niezniechęcić akuszerki, zwykło się im proponować zasięgnięcie zdania lekarza w przypadkach uważanych za groźniejsze. Lecz w podobnych znowu okolicznościach, pośrednictwo czynne lekarza zwykło zależeć od humoru i woli akuszerki. I tutaj to zachodzi fakt wzbudzający największą zgrozę, że ograniczona matrona zwracać się zwykła do podobnego sobie praktyka. Akuszerka bowiem wschodnia i tuzinkowi lekarze pozostają z sobą w bardzo ścisłych stosunkach. Dzięki więc tym ostatnim i w razie gdy akuszerka jest zmuszoną do szukania pośrednictwa lekarza wtedy; między temi dwoma szczególnemi typami odgrywa się scena godna prawdziwie poznania. Akuszerka więc czyniąc zadość życzeniom rodziny udaje się do znanego sobie praktyka i przedstawiając mu stan choréj i to wszystko co obok niéj się dzieje, żąda jego rady. Tutaj nastręcza się zapytanie: jak można wytłumaczyć stan chorobowy nie posiadając najniezbędniejszych wiadomości z anatomii i fizyjologii? Odpowiedź na to nietrudna, ponieważ akuszerka zwykła się zwracać do tuzinkowego praktyka, niecelującego posiadaniem głębszych od niéj wiadomości. I jeżeli przypadkiem wymowna matrona zdobędzie się na łatwość wytłumaczenia budowy miednicy, stanu części rodnych lub dotknie objawów fizyjologicznych, charakteryzujących sprawę porodową, to najczęściéj się zdarza, że słuchający nie rozumie głównéj kwestyi. Jednakże z osłuchania się czy też z opowiadań wiadomo mu, że jest u kobiety pewien organ zwiący się macicą, będący siedliskiem płodu w ciągu przebiegu ciąży. Akuszerka znowu ze swéj strony, dzięki częstym i poufnym dysputom z lekarzami, posiada także pewne wyobrażenie o macicy, którą więcéj zna tylko z nazwy, jak z kształtu i położenia. Ztąd więc i rozmowa dwóch tak uzdolnionych powag daje bardzo zabawne widowisko. Praktyk zapytuje najprzód, jak wygląda macica? Akuszerka odpowiada, że macica jest nadzwyczaj powiększoną. Czy położnica była badaną? Matrona zdziwiona nieco odpowiada, że omacywując brzuch, znalazła go bardzo twardym. Daléj „Jatros“ perocki wpada w fachową werwę i tłumaczy, że położnicę należało zbadać za pomocą dotyku, dla przekonania się czy szyjka maciczna jest rozszerzoną. Zdetenowana podobnym argumentem, o którym wcale nie myślała, dzielna „Mammi“, biegnie do domu choréj i z całym pośpiechem zabiera się do badania dotykiem. Jak zaś podobna czynność bywa dokonaną, to lepiéj że o tém zamilczę, dodając tylko, że nieszkodziłoby tutejszym praktykom śledzić więcéj za postępem nauki i postępując za radą prof. Guserowa i Landaua wzbraniać akuszerkom samodzielnych badań położnicy, wiedząc mianowicie że w ogólnéj praktyce tutejszéj zastosowanie środków przeciwgnilnych jest zawsze zaniedbaném! Wróćmy jednak do właściwego opowiadania. W ciągu badania przytomni zwykli się dopytywać o zdanie lekarza. Akuszerka zawsze w takich razach milczy; a tylko zbadawszy po swojemu położnicę wraca znowu do lekarza, opisując mu stan szyjki macicznéj, którą porównywa do nieskończonéj ilości przedmiotów. Z podobnego opowiadania lekarz najczęściéj nic nie zrozumie. To nie szkodzi, bo przypomniawszy sobie, że przecież worek płodowy powinien się znajdować, zachęca akuszerkę do przekonania się o tém. I oto więc gorliwa matrona znowu widzi się zmuszoną biedz do swéj pacyjentki, lecz tym razem, upadając ze znużenia, postanawia wypocząć. Po upływie dopiero pewnego okresu czasu, wraca znowu do badania i w istocie przekonuje się o istnieniu worka płodowego. Rada więc biegnie do lekarza by go o podobnym wynalazku co najrychléj uwiadomić. Tymczasem w ciągu kursów na jakie została narażoną nasza bohaterka, sprawa porodowa postępuje, i nie rzadko kończy się w chwili właśnie, gdy akuszerka usiłuje wytłumaczyć protegowanemu przez się koledze o stanie szyjki macicznéj i przedgłowia.

W innych znowu razach, gdy sprawa porodowa postępuje opieszale i jest obawa groźniejszych powikłań, przywołuje się lekarza do domu; wezwany jednak musi się zgodzić na pozostanie w jednym z pobocznych pokoi. Akuszerka zaś ma wtedy podwójną korzyść: nie nuży się bieganiną i pozostaje przy położnicy w chwili wydalenia płodu. Ztąd więc w ciągu trzeciego i czwartego okresu pracy porodowéj, akuszerka nie odstępuje swéj pacyjentki, a tylko w każdém zakłopotaniu, krzykliwym głosem dopytuje się o zdanie lekarza, skazanego odpowiadać z poza ścian pokoju! Słowem w podobnych zdarzeniach akuszerka działa a przywołany praktyk, jeżeli okoliczności przyzwyczaiły go do noszenia rękawiczek może ich nawet niezdejmywać, z góry wiedząc o swém bierném tylko zadaniu. Wreszcie dzięki siłom na-

tury płód zostaje wydalony, jeżeli sprawa porodowa zakończa się w warunkach szczęśliwych dla matki i dziecka, jakiż to wtedy tryjumf dla obu zkoleżonych znawców! Akuszerka bowiem podziela radość praktyka, który w podobnych przypadkach bywa uważany za coś genijalnego, zdolnego do kierowania stanem rzeczy, nie widząc ich i nie dotykając.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 5 bm. posiedzenie, na którém po zdaniu sprawy z czynności załatwionych od ostatniego posiedzenia fizyk miejski Dr. Buszek podał do wiadomości cyfry odnoszące się do śmiertelności w mieście Krakowie w ubiegłym kwartale. Epidemii żadnéj nie było a choroby zakaźne pojawiały się rzadko i miały przebieg w ogóle łagodny. Doc. Dr. Pareński poruszył sprawę niewłaściwego urządzenia pisoarów publicznych. Uchwalono udać się w téj sprawie do budownictwa miejskiego. Fizyk miejski i r, m. Dr. Domański uwiadomili komisyją o postępie prac przygotowawczych do wodociągów, a mianowicie o wypadkach rozbioru chemicznego wody gruntowéj w Giebułtowie, pod skałą Kmity i w Baczynie. Następnie Dr. Domański imieniem komisyi złożonéj z siebie, Dra Buszka, Prof. Jakubowskiego i Doc. Pareńskiego zdawał sprawę z wniosku uczynionego przez siebie na poprzedniém posiedzeniu w sprawie instrukcyj popularnych na wzór Wirchurga i odczytał projekt skazówek popularnych: jednéj tyczącéj się zapobiegania szerzeniu się ospy, drugiéj opracowanéj wyłącznie przez prof. Jakubowskiego, tyczącéj się pielęgnowania i żywienia dzieci w pierwszym roku życia. Skazówki te przyjęto z bardzo nieznacznemi zmianami, uchwalono wydrukować je w dzienniku rozporządzeń miejskich, a następnie w 10.000 egzemplarzy celem rozdawania rodzicom meldującym dzieci nowo narodzone w urzędach stanu cywilnego. Nakonie tenże Dr. Domański przedstawił imieniem komisyi złożonéj ze siebie, Drów Buszka i Pareńskiego część pierwsza instrukcyi dla miejskiéj służby zdrowia, mianowicie dla fizyka i lekarzy obwodowych. Uchwalono ze względu na ważność sprawy przedstawiony projekt autografować w 30 egzemplarzach i dla rozpatrzenia się w nim rozdać między członków komisyi sanitarnéj, biura Magistratu a w kilku egzemplarzach przesłać Towarzystwu lekarskiemu krakowskiemu.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 20—26 sierpnia umarło w Krakowie wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 26,7 (33,6 z t.). Z błonicy umarło 1 (1 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z czerwonki 1 (1 z. t.); z róży 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach krztuśca, 2 duru osutkowego (ze wsi); 4 czerwonki. W tygodniu od 13—19 sierpnia umarło z ospy w Londynie 5, leczyło się w szpitalach 117, świeżo zapadło 19. W Wiedniu umarło 11, w Paryżu 8, w Petersburgu 7, w Warszawie 30. W Paryżu rozszerzył się bardzo tyfus, którego ofiarą padło w tymże tygodniu 106 osób, a leczyło się nań w szpitalach 637. Sporadycznie pojawia się tyfus skórny w miastach przeważnie hiszpańskich. Wydarzyły się przypadki choleryny w Baltimore, Cincinati i San-Francisco przy końcu lipca. W Bombayu umarło 6 z cholery od 18—25 lipca.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 13—19 sierpnia umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 33,6; we Lwowie 36,2; w Poznaniu 37,9; w Wiedniu 22,8; w Pradze 24,9; w Tryjeście 37,4; w Berlinie 29,4; w Wrocławiu 35,2; w Gdańsku 35,2; w Mnichowie 24,0; w Lipsku 22,7; w Dreźnie 26,1; w Bazylei 11,4; w Brukseli 24,5; w Amsterdamie 19,2; w Hadze 22,3; w Paryżu 25,5; w Londynie 20,5; w Kopenhadze 28,1; w Stokholmie 27,7; w Chrystyjanii 26,0; w Petersburgu 32,4; w Odesie 48,2; w Rzymie 25,6; w Wenecyi 29,9; w Bukareszcie 30,5; w Madrycie 40,4; w Lizbonie 28,2; w Nowym Yorku 30,9; w Filadelfii 18,1; w Bombaju 24,6; w Madrasie 29,4.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 6 września. D. 4 bm. nastąpiło uroczyste zagajenie Sejmu galicyjskiego. Z przemówienia namiestnika hr. Potockiego wnosić należy, że Rząd nie złoży do laski marszałkowskiéj żadnego przedłożenia, mającego pośredni lub bezpośredni związek z sprawą zawodu lekarskiego. W przemówieniu marszałka Zyblikiewicza spotykamy ogólnikowe sprawozdanie z stanu administracyi szpitalnéj, ale wyznać musimy, że ten właśnie ustęp pięknéj i głębokiéj mowy p. Marszałka jest jakby fałszywą nutą w akordzie, że wśród pełnych otuchy na przyszłość widoków nie mile dotyka uczucie humanitarne, a dodać musimy i etyczne pojęcia lekarza, dwukrotne wykazanie oszczędności uzyskanych na szpitalach. Połóżmy na jednéj szali owe 109.000 złr. zaoszczędzone w skutek prawa nie pozwalającego przyjmowania do szpitali nieuleczalnych i ograniczającego pobyt w szpitalu do 6 tygodni, a na drugiéj zmarnowanie żywych sił w narodzie na pielęgnowanie w rodzinie paralityków, suchotników, rakowatych itd., którzy często lata całe potrzebują pomocy; dodajmy do tego rozżalenie, zniechęcenie do ustawodawstwa, które nie zna uwzględnień, kiedy pobiera podatek na utrzymanie szpitali, a wydala chorego przymusowo, bo z niego już nic nie będzie, zwłaszcza że były takie przypadki jak śmierć na ulicy w skutek nieprzyjęcia do szpitala, podpalenie przez obłąkanego, wydalonego na podstawie ustaw z przytułku dla cierpiących na umyśle itd., to zachodzi wielkie pytanie, czy te 109.000 złr. nie zredukują się do zera, czy demoralizacyja ludu, niezadowolnienie jego z ustaw obowiązujących, nie wykażą w przyszłości, że takie oszczędności na szpitalach są dla nas zbyt kosztowne! Poszanowanie ustaw, i zaufanie którém się szczyci najwyższy kierownik władzy autonomicznéj w Galicyi, kazały nam dopatrzeć w prawie ograniczającém przyjmowanie do szpitali środek czasowy, do odzyskania równowagi finansowéj w kraju niezbędny; dziś jednak wnosząc z mowy p. Marszałka, zdawałoby się, że prawo to stało się kardynalną ustawą, że o zawieszeniu jego nigdy nie może być mowy; z tego względu winniśmy zaznaczyć nasze stanowisko, że w imie obowiązków jakie ma naród w obec chorych i ubogich uważamy to iście Likurgowe prawo, wykluczające nieuleczalnych, czyli jak ich nazywa p. Marszałek „niedołęgi" z dobrodziejstw zakładów szpitalnych, jako szkodliwe i utrudniające lekarzom etyczne ich zadanie w społeczeństwie.

* Krynica. Do d. 20 sierpnia przybyło w bieżącym sezonie gości kąpielowych 3.002 osób.

* W Cieplicach czeskich do d. 24 sierpnia bawilo osób 9,163.

* **Warszawa**. Wydział lekarski Uniwersytetu warszawskiego ogłosił następujące temata do konkursu o medale na rok 1882/83: 1) Znaczenie elektryczności jako środka łagodzącego ból. 2) Sprawdzenie mikroskopijne moczu w ostrych i chronicznych chorobach dróg oddechowych. 3) O wysokim cięciu przy dobywaniu kamienia. 4) Badanie anatomiczne o skutku resekcyi stawów na wzrost pozostałych trzonów kości.

* **Berlin**. Prof. Skrzeczka ogłosił nader cenne sprawozdanie sanitarne z miasta Berlina; wyszło ono drukiem i nakładem Haynsa spadkobierców.

* *Wiener. med. Woch.* w ostatnim Nrze zapowiada, że mianowanie Dra Mikulicza profesorem katedry chirurgii w Krakowie wkrótce stanie się faktem dokonanym.

* W Nrze 33 *Wracza* czytamy: „W Krakowie wre walka o katedrę chirurgii: Niemcy starają się przeprowadzić półrusina półniemca, znanego z wielu pięknych prac, Dra Mikulicza; Polacy popierają kandydaturę doświadczonego i praktycznego chirurga Dra Rydygiera." Z téj wiadomości mylnie wnosićby można było, że w samym Krakowie, a raczéj w łonie Wydziału lekarskiego, walczą dwa stronnictwa: niemieckie i polskie. Czytelnikom Przeglądu znany jest jednomyślny stosunek Wydziału lek. do ministeryjalnéj kandydatury Dra Mikulicza.

* Ministerstwo wojny we Wiedniu wzywa, jak co rok o téj porze, lekarzy praktycznych do wstąpienia w szeregii armii jako lekarze wojskowi zawodowi.

* Zjazd lekarzy i przyrodników węgierskich w Debreczynie powiódł się wcale dobrze; Zjazd następny odbędzie się w mieście Burias.

* Agitacyja przeciw wiwisekcyjom dostała się i do Szwecyi. Po wysłuchaniu jednak zdania uniwersytetów krajowych król oświadczył, że na teraz nie zamierza wydać żadnego nowego rozporządzenia.

* Czasopism lekarskich wychodzi obecnie we Francyi 147, w Niemczech 133, w Anglii 69, w Austryi 54, Belgii 28, Hiszpanii 26, Rosyi 26, Holandyi 16, Szwajcaryi 10, Szwecyi 9, Danii 5, Portugalii 6, w Rumunii 4, w Turcyi 2, w Grecyi 1, razem w całéj Europie 583. W Ameryce wychodzi 183, w Azyi 15, w Australii 2.

* Podług *Allg. med. Centr. Zeit.* podczas uroczystości 300-letniego jubileuszu Uniwersytetu w Wirzburgu przemawiał prof. Virchow w imieniu wszystkich Uniwersytetów niemieckich, szwajcarskich, austryjackich i rosyjskich.

* *Gazz. med. ital.-lomb.* z 1 lipca pisze o odkryciu w Australii rośliny narkotycznéj, dziś już używanéj w miejsce tytoniu. Sok téj rośliny spożyty w większéj nieco ilości sprowadzać ma letarg z zupełném znieczuleniem. Małe dawki działają odurzająco.

* **Uniwersytet w Sybirze.** *Sybirska Gaz.* donosi, że na budowę Wszechnicy sybirskiéj rząd przeznaczył 1,220.567 srs. Z sumy téj przyznaczono na teatr anatomiczny 68.158 rsr., na kliniki wewnętrzną i chirurgiczną 149,446; na klinikę chorób kobiecych 106,748 rsr.

Genewa. Na górze Mont Blanc zabity został profesor w Trinity College w Cambridge Balfour; był on współredaktorem miesięcznika „*Quaterly Journal of microsc. sciences*" i autorem znakomitego dzieła Embryjologii porównawczéj.

* W Nrze 201 *Reformy* czytamy, że Minister wyznań i oświaty zarządził dokładne zebranie dat w sprawie utworzenia Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie lwowskim. Rozchodzi się o zbadanie, czy utworzenie tego Wydziału jest potrzebném i możliwém.

* Kalendarz lekarski na r. 1883 ułożony przez Dra Jana Stellę Sawickiego, Inspektora szpitali galicyjskich, znajduje się na składzie w księgarni Pana St. Krzyżanowskiego w Krakowie (Rynek główny).

* W Grochowie o mile od Pragi założoną będzie pierwsza w kraju naszym wiejska apteka. (*Medycyna*).

* W Nrze 35 *Przeglądu* podaliśmy statystykę Tarniera z położniczego zakładu Maternité w Paryżu, z któréj wynika niezmiernie ważna nauka o skuteczności środków przeciwzakaźnych oraz czystości w zakładach położniczych. W *Berliner klin. Wochenschr.* z 7 sierpnia porusza ten sam temat prof. Gusserow z berlińskiego zakładu Charité; śmiertelność w tym zakładzie położniczym w r. 1859—60 wynosiła 16%; w r. 1861 do 62 doszła 13%; w r. 1874 do 4,1%; w r. 1875 do 2,5%; w r. 1876 do 1,9%; w r. 1877 do 2,5%; w r. 1878 do 2,6%; w r. 1879 do 2,0%; w r. 1880 do 1,6%; w r. 1881 do 0,9%.

Zastósowanie ostrożności przeciw zakażeniom poczęto uwzględniać dopiero od r. 1874. Prof. Gusserow oświadcza stanowczo, że nie lekom przeciwzakaźnym przypisuje zmniejszenie się śmiertelności w Charité, lecz pedantycznéj czystości. Statystyka zakładów położniczych z ostatnich czasów wyraźnie poucza, że jeśli wszystkie środki ostrożności i czystość bywają zachowywane, to śmiertelność w największych zakładach nie jest większą od śmiertelności w praktyce prywatnéj, czyli że kosztowne budowanie i utrzymywanie powilonów jest zbyteczném, jeśli w zakładzie położniczym zastosowaną jest ścisła metoda przeciwzakaźna. Jako przeciwstawienie przedstawia się nam smutny stan rzeczy w warszawskim Instytucie położniczym, który został odnowionym i podług biegłych wzorowo urządzonym.

Medycyna w Nrze 35 podaje następujące szczegóły: „od 12 lipca do 22 sierpnia przebywało w Instytucie 26 ciężarnych z tych 3 wydaliły się przed rozwiązaniem. U każdéj z tych, które porodziły, w 12 godzin po porodzie, pojawiła się gorączka od 38°—41.5°; dwanaście przebyło cięższe choroby, a z tych 2 umarły; pięć ciężko chorych położnic zabrali mężowie 4go, 5go lub 6go dnia po porodzie". Taki jest stan podczas feryj, a cóż to będzie, kiedy z rozpoczęciem kursów szkolnych przybędzie 78 studentów i stokilkadziesiąt uczennic szkoły akuszeryjnéj? pomalowano ściany, podłogi, ale użyto tych samych kołder, które służyły przed zamknięciem Instytutu, bez poddania ich jakiéjkolwiek dezinfekcyi; opłakany stan wychodków pozostał ten sam. *Medycyna*, z któréj te szczegóły czerpiemy wyraża gwałtowną potrzebę reformy Instytutu.

* W bitwie pod Kassasinem d. 28 sierpnia padł lekarz sztabowy armii angielskiéj Dr. Shaw.

* Inspektor służby zdrowia w Odessie rozesłał do wszystkich aptekarzy wezwanie, wymagające od nich niewyrażania przed publicznością sądu o receptach nadesłanych do apteki. Może taki nakaz nie odniesie pożądanego skutku, ale porusza on sprawę, która często sprowadza niepotrzebny kłopot lekarzom.

* W Zaleszczykach do Rady powiatowéj z kuryi większych posiadłości wybranym został Dr. Grünstein.

□ Dr. Jaworski ostatni lekarz emira Szir Alego wydał w Paryżu po francuzku sprawozdanie swoje z podróży do środkowéj Azyi. Dr. Jaworski jest rodem z Warszawy. (*Kur. Warsz.*)

* Bułgarski *Dierżawien Wiestnik* zamieszcza projekt ministra Sobolewa, zatwierdzony przez panującego, ażeby rząd poparł producentów makowca w Bulgaryi. Jeśli o wartości makowca sądzić należy podług zawartéj w nim ilości morfinu, to makowiec kiustendylski, mający 19% morfinu może współzawodniczyć z najlepszym makowcem tureckim, tak zwanym smirneńskim. Rada zdrowia powzięła zamiar wystarać się u rządu o kilka nagród, które rozdane będą tym producentom, którzy dostawią makowiec zawierający niemniéj 18% morfinu, i udowodnią jednocześnie, że makowiec okazowy pochodzi z ich plantacyi.

* *Times* donosi, że przyrządy polowe lekarskie otrzymały angielskie wojska walczące w Egipcie dopiero 1 bm. wieczorem, tj. w 4 dni po bitwie pod Kassasinem. Wielu rannym z tego powodu nie dano należytéj pomocy.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Insbruk.** Radca rządowy Dr. Karol Dautscher-Kollesberg, prof. anatomii opisowéj przeniesiony w stan spoczynku otrzymał tytuł i charakter radcy dworu, a docent prywatny we Wiedniu Dr. Maurycy Holl mianowany został zwyczajnym profesorem anatomii opisowéj w Insbruku.

* **Mianowania i odznaczania.** Lekarz pułkowy Dr. Hrb mianowany został profesorem wyższéj szkoły wojskowéj w Hranicy na Morawie. Doc. Dr. Bunge w Dorpacie mianowany został prof. fizyjologii w S. Jago. (Jużny Kraj).

* **Nekrologija.** D. 4 bm. umarł w Cattaro (Dalmacyja) Dr. Dawid Czermiński w 26 r. życia. W lipcu r. b. umarł Dr. Szymon Pipes poprzednio w Niżankowicach, następnie w Kamionce. W Sielczanach umarł Dr. Bohutinský jeden z popularnych i bardzo lubianych ludzi w Czechach.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 35: Szczygielskiego: Dwie owaryjotomije z pomyślném zejściem; Rothego: Alkoholizm czyli otrucie wyskokowe (c. d.) Stypińskiego: Przepuklina sznurka pępkowego. — W *Medycynie* Nr. 34: Prof. Korczyńskiego: O zwyrodnieniu włóknistém tkanin z przeważném uwzględnieniem otrzewny i tkanki podotrzewnowéj (c. d.). Jaworskiego: Praktyczne uwagi nad wskazaniami chorobowemi zdrojowisk w Karlsbadzie i Kisyndze (dok.)

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w **Austryi** 8 złr. 80 c.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 16 września 1882. №. 37. Rok XXI.



Dr. JAN SZEPAROWICZ.

Dotkliwą i niepowetowaną stratę poniesła nasza społeczność lekarska. Jan Szeparowicz, powszechnie znany i wielce ceniony prymaryjusz szpitala powszechnego we Lwowie, umarł d. 10 bm. w Wiedniu, w 39 roku życia. Działalność jego zawodowa, literacka i obywatelska nader dobrze jest znaną ogółowi lekarskiemu, ażebyśmy jeszcze pod pierwszém wrażeniem boleśnego ciosu mogli i potrzebowali roztrząsać szczegóły tego pracowitego, płodnego i szlachetnego żywota. Lekarz światły, operator zręczny, pisarz wytworny, obywatel sumienny, śp. Szeparowicz był wybitniejszą osobistością w naszém społeczeństwie; a schodząc tak niespodziewanie z tego świata pozostawia on lukę w pierwszych szeregach narodu. Liczne prace umieszczane w lekarskich dziennikach dowodnie świadczą o naukowéj i literackiéj działalności nieboszczyka; Przegląd Lekarski traci w nim chętnego, punktualnego i bardzo cenionego współpracownika. Szczery i głęboki żal współobywateli towarzyszy nieodżałowanemu Koledze do grobu, a uznanie jego wysokich cnót i pięknych zalet umysłu i serca jest jedyną nagrodą pracowitego, płodnego i szlachetnego jego żywota.

I. Z pracowni dla patologii doświadczalnéj Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. Dra Adamkiewicza.

O zachowaniu się serca wśród dławienia i topienia.

Napisał Dr. W. Pisek,
b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 36).

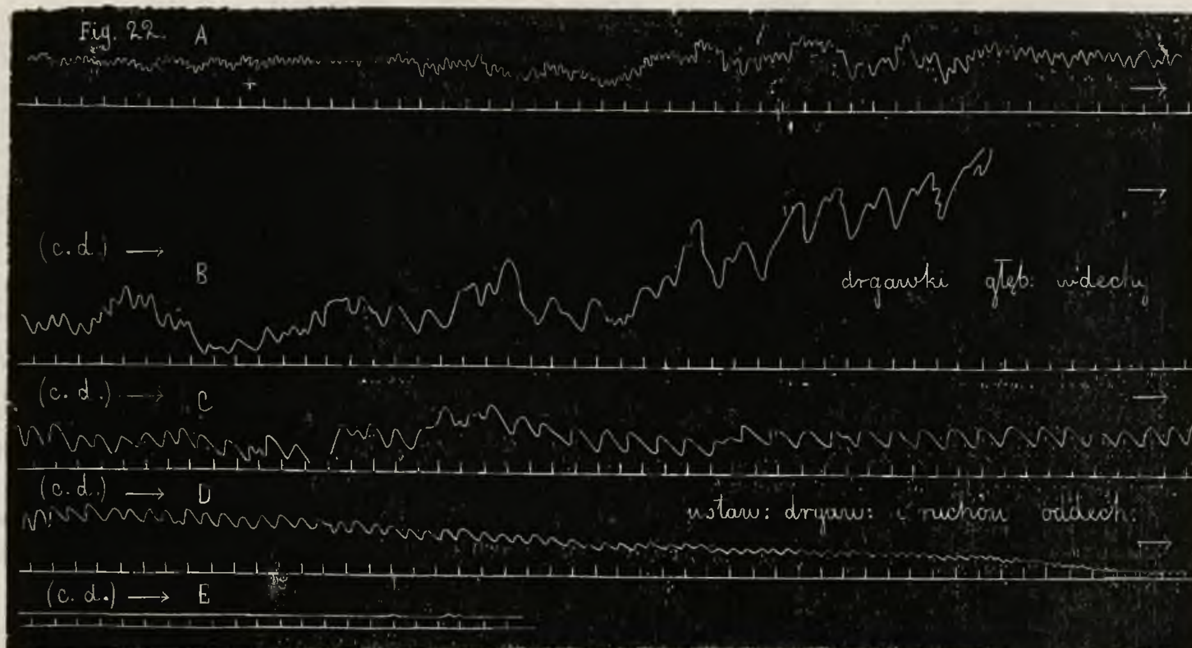
III.

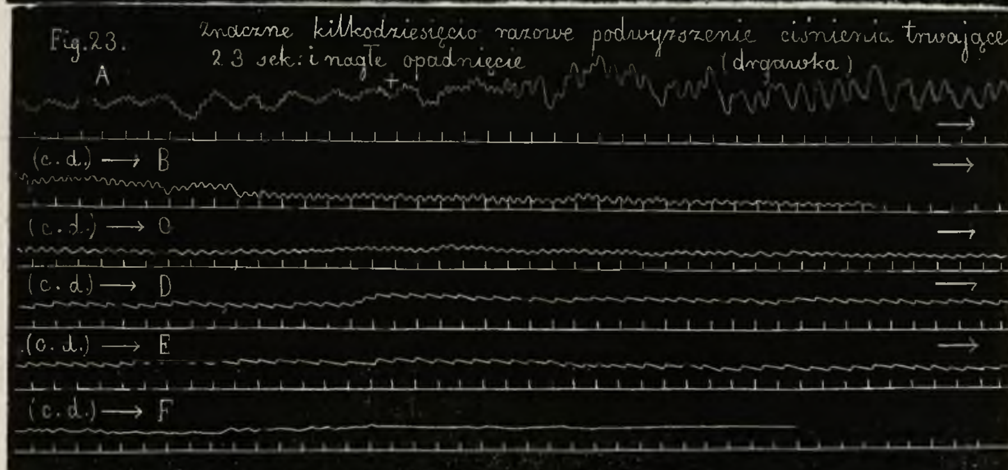
Duszenie przez topienie.—Metoda.—Objawy.—Oględziny pośmiertne.—Obrazy sfigmograficzne.—Wnioski.

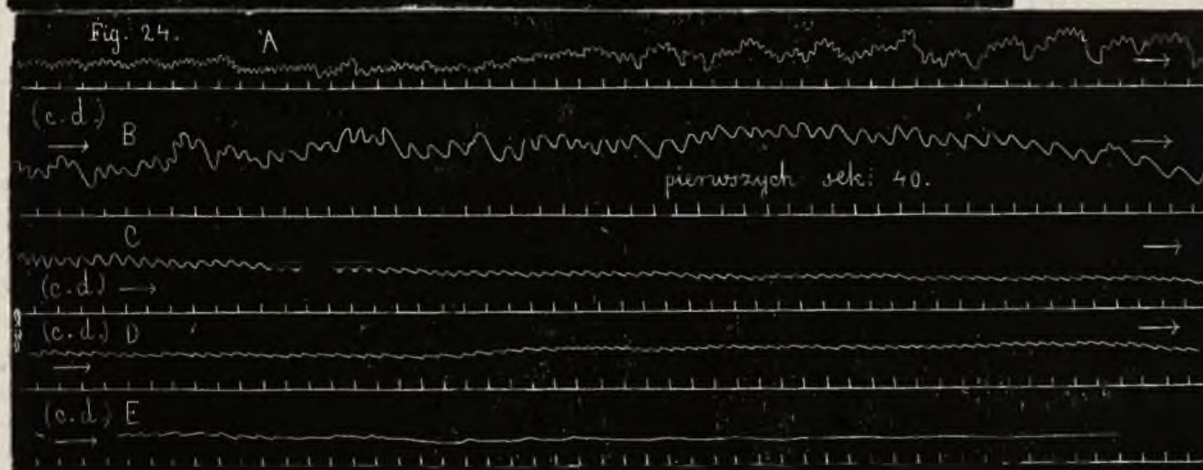
Chcąc usunąć wpływy uboczne, jakie przy utonięciu ludzi odgrywają rolę i wyświecić tylko wpływ jaki wywiera odcięcie dopływu powietrza za pomocą wody na parcie krwi, wlewałem wprost do tchawicy wodę, pomijając przytém, co jest rzeczą naturalną, wszelkie inne niepotrzebne bodźce. Płyn wlewałem albo z bani szklanéj kurkiem opatrzonéj, albo kroplami lub téż nagle strumieniem, którego grubość równała się grubości pióra gęsiego. Znakiem do zaprzestania téj manipulacyi było całkowite wypełnienie tchawicy, a po części i kaniuli w niéj tkwiącéj pienistą cieczą, co wymaga pewnego doświadczenia i uwagi. Trzeba bowiem pozwolić aby powietrze powoli uszło.

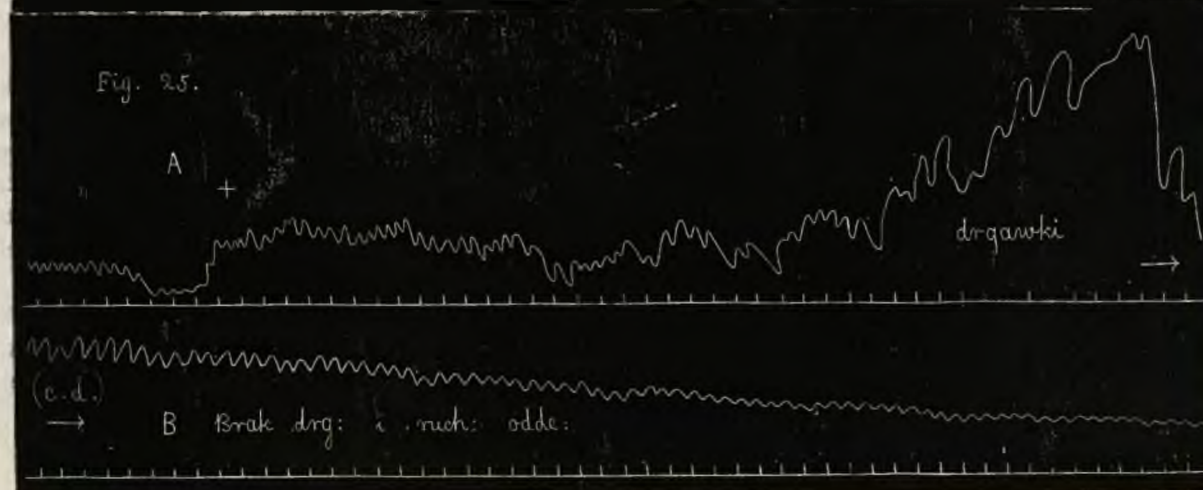
O b j a w y jakie przy nagłém topieniu zwierząt zauważono, i te które przy powolném się rozwijały, nie przedstawiały prawie żadnych różnic. I powolne bowiem topienie, uskuteczniane powolném wlewaniem płynu po kropli, rzadko kiedy trwało dłużéj nad 12—15 sekund, po których często występowały drgawki, trwające 2—4 sekund, wśród których zwierzę ginęło.

Źrenice wśród tego mało się rozszerzały, a drgawki dotyczyły nieraz i odnóg, mianowicie dolnych. Z wyniku oględzin pośmiertnych możemy podać następujące ważniejsze szczegóły:









Gałki oczne niezmienione. **Płuca** w wysokim stopniu rozdęte, poduszkowate, zasiane obficie wynaczynionkami na powierzchni blado - różowéj przeświecającéj opłucny rozmieszczonemi. Na opłucny żebrowéj nieliczne wynaczynionki. Płuca na przekroju zalewają się znaczną ilością bladéj, jasnéj cieczy pienistéj znachodzącéj się i w oskrzelach. Gołém okiem rozróżnić można wśród części obwodowych miąższu większe przestwory powietrzne.

Serce nie przedstawiało się we wszystkich przypadkach jednostajnie. Zazwyczaj w lewéj połowie skurczone, jednak nie nazbyt, okazywało prawą komórkę zawsze wiotką, wypełnioną znaczną ilością ciemnoczerwonéj krwi. Na *epicardium* nieliczne wynaczynionki. Trzewa brzuszne, prócz miernie przekrwionéj krezki, nie okazywały zboczeń wybitniejszych; żyły, szczególniéj w jamie brzusznéj, obficie krew płynną ciemnoczerwoną zawierały.

Mózg, rdzeń pacierzowy, opony, badane w kilku przypadkach, nie przedstawiały zmian.

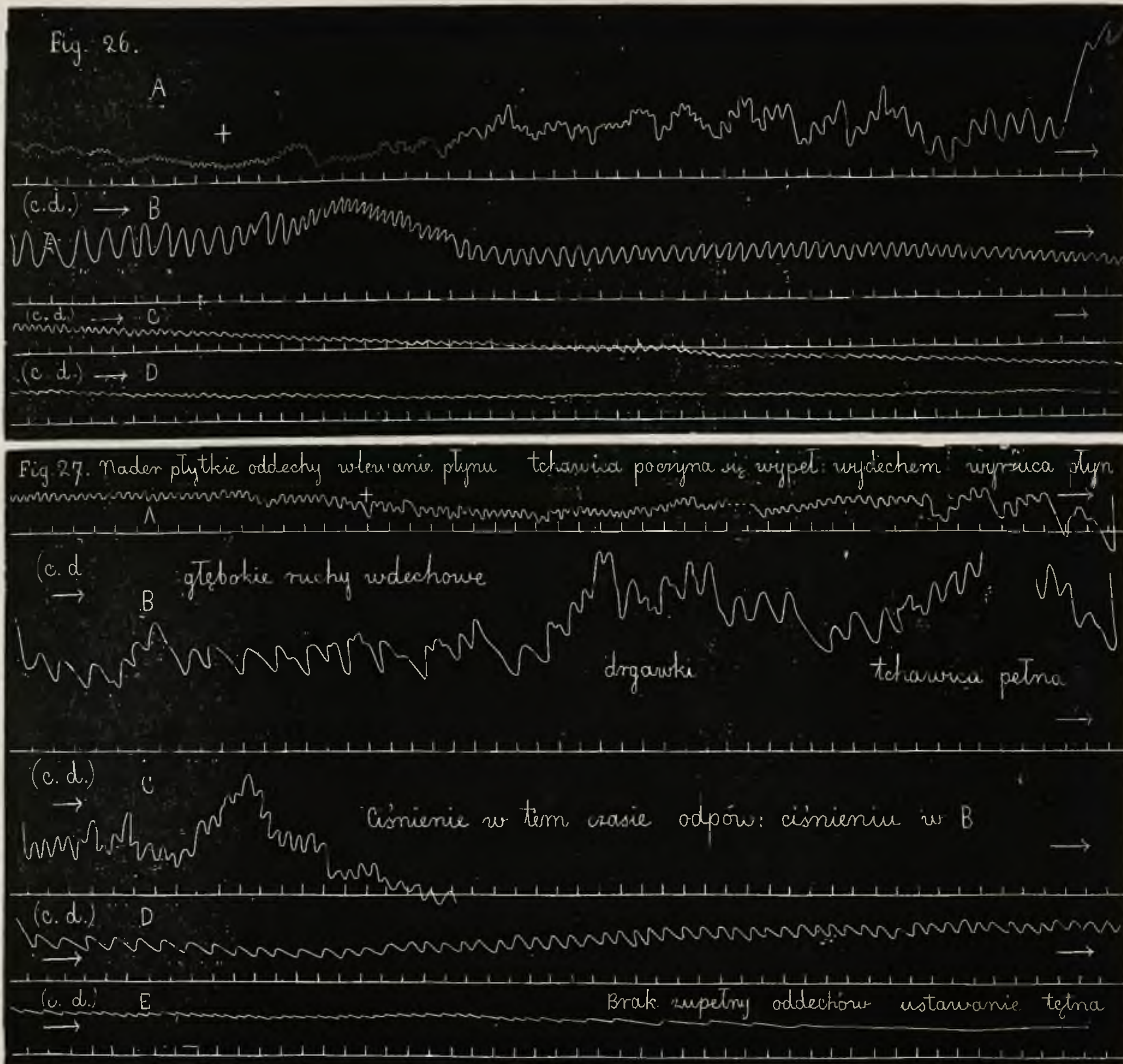
Topienie nagłe dało mi obrazy sfigmograficzne, które można było ugrupować we dwa wielkie działy. Do pierwszego należą te przypadki, gdzie pomimo nagłego odcięcia dopływu powietrza, przez płyn wlewany, parcie krwi przez pierwszych sekund blizko 30 zostaje na téjże saméj co w stanie prawidłowym wysokości, lub téż mało co się wznosi nad ten poziom.

Reprezentantami tej grupy są: fig. 22, 23 i 24.

Dział drugi stanowią przypadki, w których już po kilku sekundach trwania odcię-

cia dopływu powietrza, ciśnienie znakomicie się wznosi.

Są to obrazy sfigmograficzne oznaczone fig. 25 i 26.



Obrazki, jakie otrzymujemy przy topieniu powolném, a które z bardzo nieznacznemi różnicami odpowiadają obrazowi, który fig. 27 przedstawia, wykazują podobne stosunki jakie mamy przy nagłém utopieniu w grupie pierwszéj, tj. że parcie wznosi się powoli, zazwyczaj dopiero po 30 mniéj więcéj sekundach. Podobieństwo to jest nader uderzającém, co nasuwa pewne skrupuły, a mianowicie, czy przy nagłém wlewaniu płynu skutkiem przypuszczalnie powoli dobywającego się powietrza, płyn rzeczywiście nagle się dostawał do oskrzeli, czyli też, powoli? Otóż na punkt ten zwracałem pilnie uwagę i wykluczałem zawsze te obrazy, w których wynik był wątpliwy. Dla czego pomimo nagłego wlewania, a raczéj dostania się płynu do płuc, w niektórych razach obrazy były takie jak przy powolném wlewaniu? w istocie, pomimo ścisłéj kontroli, trudno orzec.

(Dok. nast.)

II. O wycinaniu odźwiernika.

Wykład kliniczny.

Podał Dr. Rydygier.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 35).

III. Uwagi anatomiczne. Położenie i przymocowanie żołądka w stanie fizyjologicznym i patologicznym.

W stanie prawidłowym, jak wiadomo, większa połowa żołądka zajmuje lewą część jamy brzusznéj, a tylko może jego część znajduje się na prawo od linii środkowéj; tam więc też leży odźwiernik. Podług Luschki położenie dokładne odźwiernika jest w środku pomiędzy liniją mostkową i przymostkową. Wątroba pokrywa go tak, że zwykle nie możemy zmian téj okolicy wymacać, jeżeli w skutek nich odźwiernik się nie opuścił. Często atoli to następuje, i wtenczas możemy stwardnienia znaczniejsze lub guzy téj okolicy wymacać, przynajmniéj w późniejszym okresie choroby, jeżeli odźwiernik nie przyrósł poprzednio już do narządów przyległych, coby naturalnie jego opuszczeniu przeszkodziło. Znane są przypadki, gdzie wymacano guz blizko kości łonowéj i trudno było rozpoznać do którego z narządów guz ten odnieść należy, aż późniéj się wykazało, że to był zrakowaciały odźwiernik.

Przedewszystkiém interesuje nas anatomiczny stosunek odźwiernika do narządów sąsiednich, a mianowicie do trzustki. Jak wiadomo leży odźwiernik swoją tylną ścianą na przedniéj stronie trzustki, przedzielony od niéj tylko częścią torebki sieciowéj, stanowiącą pokrycie otrzewnowe tych części. Dwunastnica posiada tylko na samym początku w blizkości odźwiernika zupełne pokrycie otrzewnowe; poniżéj pokrywa otrzewna tylko jéj przednią ścianę, a tylna jest częściowo przyrośniętą do głowy trzustki. Anatomiczne te stosunki tłumaczą nam dla czego tak łatwo następuje zrośnięcie odźwiernika w raku żołądka.

Ku górze mała sieć przyczepia odźwiernik do wątroby, a prawy zgrubiały i wolny jéj brzeg, łączący dwunastnicę z wątrobą, nazywa się więzadłem wątrobowo-dwunastnicowém (*Lig. hepato-duodenale*). Część ta dla tego dla nas tak wielkie ma znaczenie, że tam leży przewód żółciowy, żyła wrotna i tętnica wątrobowa, a Wölfler nazwał to więzadło granicą, po za którą nie wolno się posuwać przy wycinaniu odźwiernika. Na szczęście też rak żołądka nie rozszerza się ku stronie dwunastnicy, chyba wyjątkowo. Ale mimo to, ściśle rzeczy biorąc, w każdym przypadku wycięcia odźwiernika naruszamy tę przez Wölflera ustanowioną granicę, a przynajmniéj skrajną jéj część lewą. Więzadło wątrobowo-dwunastnicowe bowiem prawdziwie tam się zaczyna gdzie dwunastnica, a przy wycinaniu odźwiernika musimy też zawsze 1—2 cm. dwunastnicy wyciąć, choćby tylko dla tego, żeby np. w raku odźwiernika w zdrowéj tkance wycięcie uskutecznić; a więc

trzeba i więzadło tak daleko oddzielić. W tém tylko znaczeniu pojmować należy twierdzenie Wehra (l. c.), że w rzeczy saméj w żadnym przypadku wycięcia nie odbywa się bez naruszenia granicy Wölflerowskiéj. Rozumie się, że ta część więzadła, która zawiéra przewód żółciowy, żyłę wrotną i tętnicę wątrobową, stanowi część nietykalną, *noli me tangere*, jak słusznie chce tego Wölfler.

Ku dołowi nabrało wielkiego znaczenia więzadło łączące żołądek z okrężnicą poprzeczną *(lig. gastro-colicum)*, część sieci wielkiéj, od czasu jak w przypadku Lauensteina nastąpiła zgorzel okrężnicy poprzecznéj po przedzieleniu tego więzadła. Rzadkie to z pewnością zdarzenie tylko wtenczas może nastąpić, jeżeli, jak w powyższym przypadku, zrosty głęboko sięgające wymagają oddzielenia dalekiego i głębokiego. Tętnica *colica media*, odżywiająca okrężnicę poprzeczną, wychodzi bowiem poniżéj trzustki z tętnicy krézkowéj wyższéj, więc ją się nie tak łatwo nadweręży przy oddzielaniu guza odźwiernikowego.

Resztę więzadeł żołądka pomijamy milczeniem, jako nie zasługujące na uwagę przy wycinaniu odźwiernika.

Tętnice żołądka pochodzą wszystkie z tętnicy trzewowéj górnéj. Wymieniamy tu tętnice okolicy odźwiernikowéj:

1) Tętnica okrężna żołądka wyższa prawa (*art. coronaria ventr.-sup. dextr.)* wychodzi z tętnicy wątrobowéj, a oddając małą gałązkę do odźwiernika (tętn. odźwiernikową) łączy się z tętnicą okrężną żołądka wyższą lewą w łuk opatrujący górne wycięcie żołądka w krew.

2) Tętnica żołądko-dwunastnicowa (*art. gastro-duodenalis*), dolna gałęź tętnicy wątrobowéj, bieży poza odźwiernikiem ku dołowi i dzieli się na tętn. trzustko-dwunastnicową, zaopatrującą części wymienione, i na tętn. żołądkowo-sieciową prawą, która z tętnicą żołądko-sieciową lewą, pochodzącą z tętnicy śledzionowéj, tworzy dolny łuk żołądkowy. Przy oddzielaniu zrostów odźwiernika do tyłu trzeba się wystrzegać, żeby pnia tętn. żołądko-dwunastnicowéj nie naciąć.

Żyły przebiegają równolegle do większych gałązek tętnic i noszą te same nazwy.

Naczynia limfatyczne, tworząc powierzchowne i głębsze sieci, zbierają się w większe gałązki w okolicy wygięć żołądka (*curvaturae ventr.*), a ztamtąd udają się przez gruczoły żołądko-sieciowe (*gl. gastro-epiploicae*) (2—5 gruczołów w małéj sieci, a 4—7 w wielkiéj) do splotu limf. trzewowego (*plexus lymph. coeliacus).*

Nerwy pochodzą z obu nerwów błędnych, zaopatrujących jako sploty przednią i tylną ścianę żołądka i ze splotu trzewowego n. spółczulnego.

Najważniejsze tu dla nas zmiany patologiczne podaliśmy już przy opisie wskazań, a niektóre co dopiero powyżéj, jako to: że rak odźwiernika prawie nigdy nie przechodzi na dwunastnicę; daléj stosunek raka odźwiernika do narządów sąsiednich, mianowicie do trzustki. Przyszliśmy tu do wyniku przeciwnego wnioskom Gussenbauera i Winiwartera i musieliśmy zaznaczyć, opiérając się na doświadczeniu z dotychczas operowanych przypadków, że tylko w bardzo nielicznych wyjątkach nie znaleziono zrostów, ani żadnych przerzutów. Spostrzeżenie to znacznie oziębiło początkowy entuzyjazm do wycięcia odźwiernika w raku, a nasunęło potrzebę ostrożnego wyszukiwania odpowiednich do operacyi przypadków. Sam Billroth powiedział na ostatnim Zjeździe chirurgów, że się zadziwił nad wielką liczbą dotychczas wykonanych operacyj.

IV. Technika operacyjna.

Po dokładném zbadaniu (jeżeli potrzeba w narkozie) i po uznaniu, że przypadek jest odpowiedni do operacyi, należy najprzód chorego do niéj przygotować.

Odpowiednie przygotowanie jest wielkiéj doniosłości przy wycinaniu odźwiernika:

Codziennie przez kilka dni przed operacyją, a w sam dzień operacyi krótko przed jéj wykonaniem, należy wypłukać żołądek chorego letnią wodą, albo jeszcze lepiéj letnim rozczynem kwasu salicylowego. Wypłukujemy dopóty dolewając wody, dopóki płyn nie wraca zupełnie czysty. Nieraz nie da się zupełnie czysto wypłukać żołądek, a to mianowicie tam, gdzie jest bardzo wielkie rozszerzenie żołądka, jak np. w przypadku drugim Billrotha, w przypadku Kitajewskiego i Lauensteina. Ale i w tych przypadkach wypłukiwanie, mianowicie płynem przeciwgnilnym, nie bez korzyści zostaje wykonaném, gdyż płyn pozostawiony w żołądku zmienia się na aseptyczny. Początkowo operacyja wypompowania żołądka jest nader przykrą, ale powoli chorzy się do tego przyzwyczajają.

Również potrzeba się starać o wypróżnienie kiszek, o ile możności zupełne, za pomocą środków przeczyszczających i lewatyw lub nalewania wody irygatorem. Jak ważne są te czynności przygotowawcze pokazuje nam przypadek Hahna, gdzie, jak autor twierdzi, w skutek nagromadzenia kału w jelitach i niezupełnego wydalenia nawet przez powyższe środki, nastąpiły wymioty kałowe, co spowodowało pęknięcie kilku szwów po 7 dniach, kiedy już chory nie gorączkował i zupełnie był bez wszelkich dolegliwości; 8go dnia nastąpiła śmierć.

Zresztą należy jak najskrupulatniéj przestrzegać wszelkich przepisów sposobu przeciwgnilnego. Pole operacyjne zmyć mydłem i kwasem karbolowym, chorego pokryć nieprzemakalną, karbolem zmytą tkaniną, zaopatrzoną w odpowiednie wycięcie, którego brzegi nasmarowane przylepcem szczelnie się przylepiają na około pola operacyjnego; na to blizko otworu kładziemy przeciwgnilną gazę; narzędzia i ręce mają być czyste i odwonione; zamiast gąbek używamy tamponików z waty salicylowéj, zawiniętych w gazę antyseptyczną, i w każdym przypadku świeżo przygotowanych. Podczas operacyi nie używam mgły, podobnie jak Billroth i inni, ażeby otrzewny i jelit nie drażnić i nie oziębiać (inne operacyje zawsze wykonywam w mgle); niektórzy operatorowie zaś i tu nie opuszczają sprayju. Nie stosując jednego ochraniającego czynnika sposobu przeciwgnilnego, jakim jest spray, tém skrupulatniéj stosuję inne: Na kilka dni przed operacyją odwietrzam dokładnie pokój przeznaczony do laparotomii i napełniam go mgłą kwasu karbolowego. Na dzień przed operacyją wprawiamy w ruch parowy spray przez kilka godzin, a w każdym razie przynajmniéj przez 2 godziny przed operacyją. Pokój ogrzewamy od 20—24°R., a obok chorego i pomiędzy jego nogi kładziemy woreczki z gorącym piaskiem, jak to Bardenhauer (*Die Drainirung der Peritonealhöhle)* zaleca. Równocześnie ustawiamy parujące naczynia z kwasem karbolowym w pokoju, gdyż Maas (*Ueber den Einfluss rapider Wasserentziehung auf den Organismus mit besonderer Berücksichtigung des Hitzschlages und der Operationen in der Bauchhöhle. Verh. d. Dt. Ges. f. Chir.*, 1881, str. 2) wykazał, że tak oziębienie jamy otrzewnowéj jak i wysychanie jéj jest bardzo szkodliwém.

Osobnych narzędzi prócz cienkich igieł i moich elastycznych uciskadeł nie potrzebujemy do téj operacyi. Wybierać możemy między zwyczajnemi cieniuteńkiemi krzywemi igłami i igłami Madelunga, Wolberga lub Hagedorna.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

A. Fournier: **De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique (Tabes specifique). Leçons cliniques professées à l'hôpital Saint Louis.** Paris. 1882. G. Masson, éditeur. W 8ce, str. 396.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

Teoryja kiłowego wiądu pacierzowego.

Co do *d*). Ostatnie pytanie, na które mamy odpowiedzieć, jest, czy istnieje naprawdę wiąd pacierzowy kiłowy, t. j. wiąd pacierzowy, którego przyczyną bezpośrednią jest kiła?

Lubo autor jest najzupełniéj przekonany o istnieniu wiądu pacierzowego kiłowego, to jednakowoż są tacy, którzy go nie uznają, a twierdzeniu o jego istnieniu robią pięć głównych zarzutów: *a*) mniemany kiłowy wiąd pacierzowy nie ma żadnych sobie właściwych przypadów; *b*) nie ma osobnych zmian anatomicznych; *c*) wiąd pacierzowy jest objawem zboczenia w pewnym systemie rdzenia pacierzowego (t. j. w sznurach tylnych) a kiła niezwykła wywoływać zmian w pewnych systemach; *d*) leczenie przeciwkiłowe nie wpływa korzystnie na mniemany kiłowy wiąd pacierzowy; *e*) zejście się kiły z wiądem pacierzowym jest po prostu przypadkowe.

Co do *a*) ***wszystkie przypady przez kiłę w układzie nerwowym wywołane są wyrazem nie rodzaju, lecz usadowienia się zmiany anatomicznéj.*** Czy taka lub owaka zmiana anatomiczna usadowi się w układzie nerwowym zboczenia czynnościowe przez nią sprawione będą jednakie, jeżeli tylko też same części są przy tém nadwerężone lub zniszczone. Bezład ruchowy i inne zboczenia czynnościowe w wiądzie pacierzowym są wyłącznie skutkiem zajęcia przez zmianę anatomiczną pewnych części rdzenia pacierzowego i jak porażenie połowicze kiłowe lub takaż padaczka nie ma w sobie nic wyłącznie właściwego, tak samo i zmiana kiłowa w pewnych częściach rdzenia pacierzowego nie może mieć nic sobie wyłącznego; co najwięcéj, można z innych okoliczności, z dodatkowych przypadów wnosić o naturze zmiany anatomicznéj, ale nigdy z samych przypadów właściwego wiądu pacierzowego jako choroby rdzenia pacierzowego. Zarzut więc, iż wiąd pacierzowy kiłowy nie ma swoich osobnych przypadów, upada.

Co do *b*) wiadomo powszechnie, ***iż kiła nie sprawia osobnych, sobie wyłącznie właściwych zmian anatomicznych***, że w szczególności kiła trzeciorzędna prowadzi do stwardnień (*scleroses*) i kiłaków (*gummata*), które i przy najstaranniejszém badaniu mikroskopowém nie okazują żadnych szczególnych znamion, po którychby je poznać można. Nie można więc od wiądu pacierzowego kiłowego wymagać tego, czego zmiany anatomiczne przez kiłę w innych narządach wywołane nie mają. Co więcéj, wiemy, iż przeważna część zboczeń czynnościowych przez kiłę trzeciorzędną w układzie nerwowym sprawionych zawdzięcza swe powstanie stwardnieniom, a stwardnienie sznurów tylnych jest najgłówniejszą zmianą anatomiczną w wiądzie pacierzowym. Tak więc stosunki anatomiczne popierają dzielnie przypuszczenie wiądu pacierzowego kiłowego.

Co do *c*) ***twierdzenie, że kiła nie ma skłonności do nagabywania ustroju układami, jest pojęciem a priori, pojęciem filozoficzném, ale nie owocem postrzeżeń klinicznych.*** Gdzież bowiem dowód, że kiła nie może nagabywać osobnych układów w ustroju ludzkim? Co więcéj, obserwacyja kliniczna poucza wprost przeciwnie: ileż to bowiem widzimy przypadków, gdzie kiła nagabuje przynajmniéj jakiś czas bądź to wyłącznie gruczoły limfatyczne albo tylko skórę lub błony śluzowe albo kości, a zatém rzeczywiście występuje tylko w pewnym układzie. Daléj mylném jest zupełnie twierdzenie, jakoby wiąd pacierzowy polegał wyłącznie na zmianach anatomicznych w tylnych sznurach rdzenia. Sprzeciwia się temu tak dobrze anatomija, która wykazała bardzo często w wiądzie pacierzowym zmiany nietylko w sznurach tylnych, ale nadto rogach tylnych i przednich istoty szaréj, sznurach bocznych i przednich i oponach, ale także doświadczenie kliniczne, które, o czém jużeśmy wspomnieli, wykazuje w przebiegu wiądu pacierzowego bardzo często zboczenia czynnościowe i anatomiczne w zakresie mózgu i nerwów mózgowych, czego przecież ze zmiany anatomicznéj w sznurach tylnych rdzenia pacierzowngo wywodzić nie można. Grasset oświadcza wyraźnie, iż lubo główna zmiana anatomiczna znajduje się w sznurach tylnych, to jednakowoż objawy kliniczne przemawiają stanowczo za tém, iż wiąd pacierzowy jest chorobą ogólną układu nerwowego, a Dejérine dowiódł niedawno, iż w wiądzie pacierzowym nerwy skórne ulegają zmianom anatomicznym, które nie zależą bynajmniéj od zmian w rdzeniu pacierzonym czyli, że i na obwodzie znajdują się ogniska chorobowe.

Co do *d*) powiedzieliśmy już, do jakiego stopnia ***leczenie przeciwkiłowe jest skuteczném w wiądzie pacierzowym kiłowym.*** Wypada z tego niewątpliwie, iż ta skuteczność nie jest wielka, ale ztąd nie można bynajmniéj wnosić, iż nie ma wiądu pacierzowego kiłowego, bo 1) chorzy zazwyczaj, a raczéj prawie zawsze, przychodzą do lekarza bardzo późno, po wielu latach choroby, gdy zmiany anatomiczne zupełnie się już wytworzyły, ustaliły, i gdy ani rtęć ani jod nie mogą mieć na nie oczywiście żadnego wpływu; 2) z dotychczasowych spotrzeżeń klinicznych i badań anatomicznopatologicznych wypada, iż ataksyja istnieje nieraz jako zmiana materyjalna, ale nie objawia się zewnętrznie żadnemi przypadami. Leczenie więc każde, które oczywiście opiera się na poznaniu choroby, przychodzi za późno, a tém samém nie może być skuteczném. Z tych przeto powodów z nieskuteczności leczenia przeciwkiłowego nie można zaprzeczać istnienia kiłowego wiądu pacierzowego.

Co do *e*) nakoniec, to statystyka nowsza dowiodła bez wątpienia, że ***przynajmniéj 80%***, a według najświeższych obliczeń lekarzy przedewszystkiém francuzkich nawet wyższy procent, ***wszystkich przypadków wiądu pacierzowego był poprzedzony kiłą.*** Przypuszczenie przeto prostego związku przypadkowego z powodu pospolitości kiły jest niestósowne tém bardziéj, iż żadna inna choroba nie wykazuje tak znacznego „przypadkowo“ procentu kiły poprzedzającéj. Również w obec okoliczności już omówionéj, że przedewszystkiém formy łagodne kiły prowadzą do wiądu pacierzowego, upada przypuszczenie, iż kiła jest przyczyną tylko usposabiającą do wiądu pacierzowego. Nie ma więc zdaniem Fourniera wątpliwości, że kiła jest przyczyną bezpośrednią wiądu pacierzowego czyli wyraźniéj mówiąc, że istnieje wiąd pacierzowy kiłowy.

Obaliwszy w ten sposób wszystkie zarzuty, jakieby czynić można przypuszczeniu wiądu pacierzowego kiłowego,

popiera Fournier swe twierdzenie następującemi okolicznościami, które są:

1) Charakterystyczna obecność poprzednich objawów kiły u ludzi dotkniętych wiądem pacierzowym. Prawda, że przeciwko temu występują z zarzutem następnym: jeżeli kiła jest rzeczwiście przyczyną, to dla czegóż nie znajdujemy we wszystkich przypadkach wiądu pacierzowego ani z anamnezy ani z obecnego stanu dowodów kiły, tylko średnio biorąc zaledwie w 80% wiądu pacierzowego. Na to odpowiada F.: Wiadomo, jak trudno wydobyć z chorych szczegóły dotyczące przebytéj kiły a na dowód tego przytacza, że na 36 przypadków kilaka podniebienia miękkiego zaledwie 20 razy udało mu się wykazać z anamnezy poprzednie objawy kiły, lubo o naturze takiéj zmiany anatomicznéj nikt wątpić nie może. Toż samo oczywiście stosuje się tém bardziéj do wiądu pacierzowego, który występuje przeważnie w okresie bardzo późnym kiły, gdzie zatém trudno u chorych o szczegóły odnoszące się do dalekiéj przeszłości. Dodajmy do tego, że wiąd pacierzowy ukazuje się w przypadkach dobrotliwych (przynajmniéj pozornie) kiły, w których zatém poprzednie objawy kiły były i lekkie i niedługo trwały, uwzględnijmy zresztą i to, że przecież nie każden zapewne przypadek wiądu pacierzowego pochodzi z kiły a przyznamy łatwo, iż zarzut, że nie można zawsze dowieść poprzednich objawów kiły, nie może obalić twierdzenia o istnieniu kiłowego wiądu pacierzowego.

2) Rozwój wiądu pacierzowego prawie wyłącznie w okresie trzeciorzędnym kiły. Na 89 przypadków wiądu pacierzowego u kiłowych rozpoczęło się 85 po 3cim roku, trzy w ciągu 3go, a tylko jeden ku końcowi 2go roku kiły. To stałe pojawianie się wiądu w okresie późnym kiły dowodzi i blizkiego związku tych spraw chorobowych ze sobą i tego, że rdzeń pacierzowy podlega tymże samym prawom, co inne organa wewnętrzne, jak wiadomo, także przeważnie późno od kiły nagabywane.

3) Częste łączenie się przypadów wiądu pacierzowego z innemi objawami, które najpospoliciéj trafiają się w kile. Do tych liczymy przedewszystkiém porażenia nerwów mózgowych, a mianowicie ruchowych oka i nerwu wzrokowego. Otóż uczy doświadczenie na podstawie statystyki: *a*) że tak w wiądzie pacierzowym jak w kile najczęstszém jest porażenie nerwu okoruchowego; *b*) że w obydwóch tych chorobach porażenia mięśniów ocznych są najczęściéj niezupełne, zaledwie naszkicowane z widzeniem podwójném bez zezu lub zezem bardzo lekkim zaledwo dostrzedz się dającym; *c*) że i w wiądzie i w kile porażenia pary trzeciéj ograniczają się do pewnych jéj gałązek i *d*) że w obydwóch chorobach może być po kilka nerwów na jedném lub na obu oczach nagabniętych. Dowodzi to, że taż sama przyczyna wywołuje porażenia w wiądzie i w kile czyli że po prostu wiąd pacierzowy jest objawem kiły. Ricord stanowczo już dawniéj oświadczył, iż porażenie mięśniów ocznych jest znakiem kiły na oku. 2) Łączenie się wiądu pacierzowego z pewnemi przypadami mózgowemi jak porażeniem połowiczém, napadami apoplektycznemi i epileptycznemi, afazyją itp. zboczeniami, które są bardzo często objawami kiły mózgowéj, a nakonieć 3) łączenie się wiądu pacierzowego z porażeniem ogólném postępowém, które nowsi autorowie na podstawie statystyki odnoszą do kiły jako do przyczyny

4) Wpływ leczenia przeciwkiłowego na wiąd pacierzowy. Lubo ten wpływ nie jest znaczny, wątpliwości nie ulega, iż jest nietylko przelotny ale nawet stały, bez porównania większy, niż ze strony wszelkich innych środków przeciw wiądowi pacierzowemu dotychczas używanych, które mogły ulżyć lub nawet usunąć zupełnie jeden lub drugi przypad, ale nigdy najpodobniéj do prawdy nie wpłynęły na bieg ogólny choroby. Przyznawali to Fournierowi nawet sami chorzy, którzy wypróbowawszy wiele rozmaitych środków wracali na własne żądanie do jodu i rtęci jako środków według ich zdania najskuteczniejszych.

5) Występowanie równoczesne niewątpliwych objawów kiły i wiądu pacierzowego. Możnaby tu oczywiście przypuszczać prosty przypadek ale wiadomo, iż najbezpieczniéj i najpewniéj objawy równoczesne odnosić do téjże saméj przyczyny.

6) Niemożność bardzo pospolita wyszukania inszéj przyczyny wiądu pacierzowego jak kiła. F. postrzegał 80 takich przypadków, gdzie najstaranniejsze badanie i wypytywanie się bezwarunkowo nie wykazało żadnéj innéj przyczyny i gdzie tylko kiła była poprzedniczką wiądu.

Dowiódłszy w ten sposób istnienia wiądu pacierzowego kiłowego wywodzi ztąd F. następujące ważne wnioski praktyczne:

a) W każdym przypadku wiądu pacierzowego należy najstaranniéj badać cały ustrój, a w razie potrzeby cofnąć się nawet do dalekiéj przeszłości, by tylko na pewne przekonać się, czy kiła nie odgrywała przy tém jakiéj roli.

b) Wykrywszy kiłę lub nawet w razie najmniejszego o nią podejrzenia należy wziąć się natychmiast do energicznego leczenia przeciwkiłowego w sposób już podany.

c) Szczególniejszą należy zwracać uwagę na wiąd pacierzowy dopiero się rozpoczynający i leczyć go energicznie nie oczekując wyjaśnienia się rozpoznania. W ten sposób wprawdzie nie wiemy na pewne, cośmy leczyli, ale to nie wątpliwe, żeśmy nieraz wyleczyli wiąd pacierzowy.

d) Nakoniec przedewszystkiém należy leczyć pilnie kiłę w jéj początkach, a leczyć wytrwale nawet w lekkich przypadkach, bo tym sposobem najlepiéj zapobieżymy powstawaniu wiądu pacierzowego z powodów poprzednio już podanych.

Oto treść dzieła, które polecamy jak najgoręcéj szan. kolegom. Pozwoliliśmy sobie zająć niém tyle miejsca w *Przeglądzie Lekarskim*, ponieważ zadaniem tego pisma jest właśnie, jak tytuł sam wskazuje, przegląd piśmiennictwa, powtóre, ponieważ kwestyja sama jest bardzo ważna a nakoniec, ponieważ obrobienie jéj w dziele Fournier a odznacza się niezwykłą loicznością i gruntownością. Uwagi własne zachowujemy sobie na późniéj. Tu tylko nadmienimy, iż nader miłe robiło na nas wrażenie odwoływanie się wielokrotne autora w kwestyjach okulistycznych do rodaka naszego Gałęzowskiego, o którego pracach wyraża się F. ciągle z największém uznaniem. Niech nam atoli wolno będzie wyrazić na tém miejscu żal, iż szan. kol. Gałęzowski zapomniał zupełnie o piśmiennictwie ojczystém a wzbogacając ciągle cennemi swemi pracami bogatą i tak literaturę francuską nie udziela owocu swych badań pismom lekarskim polskim. *Domański.*

Schuchardt: Związek gruźlicy ocznéj szczepionéj z ogólną gruźlicą szczepioną.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

W pracy Schuchardta, z któréj poniżéj sprawę zdajemy, znajdujemy także wzmiankę o doświadczeniach Bogoslovskyego z r. 1871. Przy pomocy Bunsenowskiego

przyrządu do sączenia oddzielił Bog. z gruźliczéj ropy, lub mas gruźliczych startych z 1% rozczynem NaCl, osobno surowicę od upostaciowanych składników. Tylko szczepienia temi upostaciowanemi składnikami dokonane sprowadzały ropny nieżyt oskrzeli, ropnie w płucach, a czasem i w wątrobie.

Rozpatrując się w pracy Sch., obecnie piérwszego asystenta Ponficka, przyznać należy, że jakkolwiek ilość doświadczeń jest może nieco szczuplą (15 ogółem), to przecież sumienność i ostrożność w rozgatunkowywaniu wyników pomyślnych, od wpół pomyślnych lub ujemnych (1) zasługuje na wszelkie uznanie. Pod względem czasu trwania obserwacyi przewyższa Sch. wszystkich swych poprzedników, czasem dochodzi do 16 i pół miesiąca od dokonanego szczepienia. Jest to szczegół który nadaje doświadczeniom Sch. wielką wagę. Dla pewności szczepił materyjałem wziętym ze świéżych zwłok, a nie, jak Cohnheim zalecał, ze świéżo wyciętych gruczołów sérowatych etc. Słusznie usprawiedliwia autor swe postępowanie okolicznością, że przed zaszczepieniem cząsteczki miał niezbity anatomiczny dowód przyrody gruźliczéj téjże, znał dokładnie rozpostarcie się sprawy gruźliczéj w ustroju, z którego wziętym był materyjał do szczepienia[1]).

Miejscem szczepienia i w jego doświadczeniach była komórka przodkowa oka. Wyniki Sch. w ogólności odpowiadają dotychczas znanym, wszelako w kilku dość ważnych szczegółach różnią się od tychże.

I tak co do okresu „wylęgania się" znalazł Sch. że 4 tygodnie nie wystarczają, zazwyczaj dopiéro w szóstym tygodniu zjawiają się zmiany gruźlicze. Przypuścić jednak należy że i materyjał do szczepienia użyty musi wywierać wpływ.

Drugą nader ważną różnicą jest to że sprawa gruźlicza, która się w następstwie szczepienia rozwijała, dotyczyła tylko jednego lub obu ócz, podczas gdy reszta ustroju zmian gruźliczych zazwyczaj nie wykazywała[2]). Ten też szczegół, niezbicie stwierdzony, jest najważniejszym wynikiem Sch. Na 15 przypadków tylko trzy razy udało się Sch. otrzymać gruźlicę ogólną jakkolwiek zwiérzęta dość długo przy życiu pozostawały. Podobnych kilka przypadków przytacza także Hänsell, o którym wyżéj wspomniano.

Zmiany zaś gruźlicze miejscowe zawsze bez wyjątku dadzą się u królików wywołać przy szczepieniu w komórkę przodkową. Jakie znów warunki są potrzebne dla uogólniania się sprawy gruźliczéj tego i z doświadczeń Sch. nie wiemy. Punkt ten pozostaje i nadal jak dotąd niewyświeconym.

Jako dowód że drogę, po któréj dostaje się jad gruźlicy z odległego ogniska do innych narządów, stanowić mogą naczynia krwionośne, przytacza w końcu Sch. wynik sekcyi gdzie piérwotne ognisko gruźlicze gruczołów szyjnych sprowadziło gruźlicę wewnętrznéj powierzchni żył szyjnych (*V. V. jugul. ext. et int.*), śródsierdzia, tętnicy głównéj, płuc i narządów gruczołowych brzusznych. Przewód piersiowy był niezmienionym. *Dr. Pisek.*

[1]) Ustalenie oka króliczego jest rzeczą dość trudną. W tym celu zaleca Sch. sposób jaki poznał u prof. Lebera w Getyndze. Należy pomiędzy gałkę oczną a ścianę jamy oczodołowéj wsunąć trzonek skalpelu ($^1/_2$—1 cm. szer.) i wywierając równocześnie lekki ucisk na gałkę oczną, skręca się takową przez to nieco na zewnątrz. Tym sposobem gałka oczna jest zupełnie ustaloną, skoro tylko pomocnik trzonek skalpelu w tém położeniu utrzymuje.

[2]) Znaczna różnica w wynikach Sch. a Cohnheima-Salomonsena jest tém bardziéj uderzającą, że obie grupy doświadczeń były dokonane w tymże samym zakładzie, z temiż samemi ostrożnościami i wśród niezmienionych prawie zewnętrznych warunków.

Wiadomości pomniejsze.

(L. K.) **Amylnitrit jako odtrutka przeciw chloralowi** Pierwszy Coghill podał wiadomość, że amylnitrit jest odtrutką przeciw chloralowi. Coghill miał sposobność sprawdzić to w następującym przypadku: Jedna ze starszych już pacyjentek autora, przyzwyczajona dłuższém używaniem do chloralu, zażyła przez pomyłkę większą niż zwykle ilość tego leku. Autor zawołany do niéj zastał ją bladą, bezprzytomną, tętno niemacalne, czucie na skórze zniesione. Zarządzono inhalacyją 5 kropli amylnitritu. Natychmiast bladość skóry ustąpiła naturalnemu zaczerwienieniu, ruchy oddechowe były głębsze, widoczniejsze, tętno dość pełne. Chora jednak nie odzyskała przytomności i w niespełna 2 godziny znów zaczęła widocznie słabnąć. Zastosowano więc po raz wtóry azotyn amylowy z równie pomyślnym skutkiem. Tym razem wkrótce pacyjentka odzyskała przytomność i wkrótce przyszła do siebie. (*Allg. med. Centr. Ztg.* 1882, str. 894).

(L. K.) **Lutidyn odtrutka przeciw strychninowi.** Greville Williams i Waters odkryli antidotum w otruciach strychniną. Antidotem tym jest zasada organiczna, którą Williams otrzymał przez destylacyję Cinchony z ługiem potasowym i nadał jéj nazwę Lutidyn β. Doświadczenie robione z tym alkaloidem na żabach wykazały, że Lutidyn β. wyraźnie zwiększa napięcie, tak mięśnia sercowego jak i mięśni dowolnych, daléj że uderzenie serca pod działaniem Lutidynu stają się wolniejszemi, że czas potrzebny do wywołania odruchów staje się dłuższym, i że nawet w końcu działanie odruchowe zupełnie zostaje zniesione. To naprowadziło autorów na badanie tego alkaloidu, czy nie jest przypadkiem antidotem dla strychninu. W tym celu zniszczono w sposób zwykły mózg żaby, poczém zatruto zwierzę lutidynem, aż zupełnie odruchowość ustała. W tym stanie wprowadzono w ustrój żaby znaczniejszą ilość strychninu, ale te już wcale nie wywoływały znanych objawów. Drugą żabę zatruto strychninem, aż wystąpił wyraźny tetanus. Podany teraz lutidyn przerywał i wstrzymywał działanie strychninu. Równoczesne zadanie obydwóch powyższych alkaloidów, nie wywoływało żadnych objawów. (*Allg. med. Centr. Ztg.*, 1882, str. 836).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VII dnia 5 kwietnia 1882 r.

Przewodniczący kol. Doc. Jordan. Członków obecnych 16.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. przewodniczący wspomina kilku gorącemi słowy zmarłych prof. Dra Raf. Czerwiakowskiego i kol. Dra Karola Gramatykę, których pamięć członkowie czczą przez powstanie.

3) Na członka korespondenta wybrano jednogłośnie kol. Dra Michalskiego Seweryna.

4) Kol. Zarewicz przedstawił chorego z liszajem żrącym, zwracając uwagę na usadowienie guzków (na około części rodnych) jakotéż na charakter tychże. W dyskusyi zapytuje kol. Warschauer, czy choroba ta nie stoi w związku z kiłą, na co prelegent odpowiada, że i w tym razie nie wykazano żadnego związku i że zdanie takie nie znachodzi dzisiaj stronników.

5) Kol. prof. Korczyński odczytał rzecz: „O zwyrodnieniu włóknistém tkanin (*fibrosis s. fibromatosis*) z przeważném uwzględnieniem otrzewny i tkanki podotrzewnowéj. Podawszy definicyję téj zmiany chorobowéj i rozwój pojęcia tego przez Virchowa, Perlsa, Buhla, a przeważnie Benekego, twierdzi on, że w obec przypuszczalnego usposobienia ogólnego i konstytucyjonalnego, które w zasadzie zaprzeczyć się nie da, zanadto mało uwzględniany bywa wpływ bodźców miejscowych i innych zboczeń ogólnych, i za główny cel swéj pracy kładzie wykazanie

ważności wpływów bezpośrednich, które podniecają rozrost tkanki włóknistéj. Następnie prelegent przechodzi poszczególne narządy i wykazuje, w jakich przypadkach uciekać się trzeba do usposobienia konstytucyjonalnego, i jakie wpływy i bodźce bezpośrednie wykryć można w poszczególnych narządach dla rozrostów włóknistych

Zmiany włókniste w tkance podskórnéj wywołane bywają przez wrzody długotrwałe, drażnienia miejscowe, zaczopowanie żył, utrudniony odpływ limfy, częste zapalenie skóry różycowe, wreszcie przez raki włókniste z bardzo obfitém i szeroko rozpościerającém się podścieliskiem włóknistém. Tylko w tych przypadkach, gdzie między nasileniem podniety miejscowéj a rozrostem włóknistym zachodzi rażący niestosunek, jak niemniéj w rakach o bardzo rozległém podścielisku włóknistém (jak to prelegent wykazuje na obserwowanym przez siebie przypadku raka pacierzowego na klatce piersiowéj), odwołać się trzeba do usposobienia osobniczego.

W płucach zmiany włókniste powstają skutkiem ciał obcych, pylicy, kiły, długotrwałego nieżytu oskrzelowego, nacieków surowiczych, gruzełków, zapalenia opłucny i zapalenia płuc. Jeżeli stwardnienia włókniste w tkance międzyzrazikowéj i około oskrzelowéj wytwarzają się skutkiem miejscowego drażnienia i ograniczają się tylko do samych płuc i opłucny, np. w przebiegu pylicy, nieżytu oskrzelowego, ropnia lub zgorzeli płuc, nie koniecznie potrzeba szukać przyczyny konstytucyjonalnéj, a co najwyżéj tylko uwzględnić należy stosunki odżywienia, które w mniejszym lub większym stopniu sprzyjać mogą wytwarzaniu się tkaniny stałéj, a zapobiegają tworzeniu się utkania skłonnego do rozpadu. Jeżeli jednak tkanka włóknista w płucach rozrastała się skutkiem kiły, zmian serowatych lub gruzełkowych, wtedy istotnie dociekać trzeba przyczyn, które zamiast mało żywotnych nacieków zrazikowych, które prowadzą zazwyczaj do suchót płucnych, zwracają zapalenie na tor rozrostowy, mniéj dla ustroju szkodliwy. W tym względzie podział Benekego na suchoty włókniste i zołzowe jest w znacznéj części usprawiedliwiony.

Zmiany rozrostowe w opłucny, tkance podopłucnowéj, w osierdziu i tkance podosierdziowéj towarzyszą bardzo często zwyrodnieniu włóknistemu płuc, które rozwija się na tle ustrojowém lub bez takowego skutkiem bodźców poprzednio wymienionych, nadto powstają w przebiegu wad sercowych, gośćca stawowego, i przewlekłych chorób nerkowych. Do właściwości ustrojowych jako do głównego momentu etyjologicznego uciekać się trzeba w takich przypadkach, jeżeli zmiany włókniste są znacznego stopnia, jeżeli równocześnie buja także tkanka łączna w mięśniu sercowym, jeżeli zmiana rozrostowa w opłucny podnieca takąż zmianę w płucach, wreszcie jezeli dla zwyrodnienia włóknistego nie można wykryć dostatecznéj przyczyny miejscowéj.

Czy zapalenie włókniste mięśnia sercowego oparte jest zawsze na podstawie konstytucyjonalnéj pouczyć mogą dopiero ściślejsze spostrzeżenia.

Zapalenie włókniste śródpiersia, sądząc po przypadkach Tiedemanna, powstaje skutkiem pylicy, kiły i opilstwa. We własnym przypadku, jaki prelegent przytacza, zapalenie włókniste śródpiersia rozwinęło się u chłopca wybitnie skrofulicznego, w skutek przewlekłego, zlepnego zapalenia osierdzia. Jeżeli ta sama zmiana włóknista zajmuje także sąsiednie tkaniny, lub jeżeli nie można wykryć dostatecznéj przyczyny miejscowéj, wtedy także przyjąć trzeba pewną swoistą właściwość tkanin; ażeby jednak dociec, na czém ona polega, potrzeba przy sekcyjach już naprzód zwracać uwagę na budowę kośćca, rozmiary naczyń itp.

Zapalenie włókniste otrzewny i tkanki podotrzewnowéj przenosi się nierzadko do klatki piersiowéj, tak samo jak zapalenie włókniste opłucny i tkanki podotrzewnowéj w rzadszych przypadkach przechodzi na otrzewnę i tkankę podotrzewnową. Dla czego przepona raz stanowi granicę spraw rozrostowych, drugi raz nie, na to pytanie nie można dotąd dać stanowczéj odpowiedzi. Przewlekłe, pełzające, rozrostowe zapalenie otrzewny rozwija się niekiedy w przebiegu kiły i wśród przewlekłego opilstwa. Niekiedy przyczyny miejscowe są tak nieznaczne, że z koniecznością odwołać się trzeba do pewnego ustrojowego usposobienia tkanki łącznéj, czy to miejscowego, czy téż ogólnego, jako do głównego momentu, który pośredniczy rozrostom włóknistym.

W wątrobie nieprawidłowy rozwój tkanki włóknistéj łączy się bardzo często z takimże samym stanem nerek, nawet w tych przypadkach, gdzie można wykluczyć nadużywanie napojów wyskokowych, zresztą bywa wywołanym zastojem krwi, żółci, kiłą, nowotworami lub ciałami obcemi. Zmiany włókniste w trzustce zawdzięczają swe powstanie również kile, nadużywaniu napojów wyskokowych, lub powstają skutkiem szerzenia się sprawy zapalnéj z części sąsiednich. Częstokroć łączą się one z marskością wątroby i z zanikiem ziarnistym nerek.

Zanik ziarnisty nerek zdaje się tą samą chorobą co zapalenie miąższowe, a różnice w obrazie anatomicznym pochodzić mogą od obecności lub braku zmian włóknistych w naczyniach, zamożności ustroju w krew, dostatecznego odżywiania się lub czynników ustrojowych, tak dalece, że jeżeli gdzie, to dla zaniku nerek istnienie pewnego, dotychczas jeszcze ścisłemi granicami niedającego się określić, usposobienia ogólnego do rozrostu tkanki łącznéj, jest w zupełności usprawiedliwione, osobliwie skoro według Bubla zanik ten ma się tak często łączyć z zapaleniem bliznowatém mięśnia sercowego, osierdzia i wsierdzia.

Następnie przytacza prelegent opis 8 przypadków zwyrodnienia włóknistego w otrzewny, tkance otrzewnowéj i w trzewach wewnętrznych, z których jeden pochodzi z zakładu kol. prof. Browicza, reszta zaś z kliniki lekarskiéj. Z tych 3 przypadki zostały już opisane przez Dra Smoleńskiego w Pam. Tow. lek. warsz.

Zestawiając te przypadki podnosi prelegent następujące szczegóły: Z pośród 8 przypadków 6 przydarzyło się u kobiet, 2 u mężczyzn. Że przyczyną téj częstości u kobiet nie może być większa wrażliwość otrzewny przez związek z czynnością narządów płciowych, udowadnia ta okoliczność, że tylko w dwóch przypadkach znaleziono zmiany w przewodzie rodnym, które można było wprowadzić w związek przyczynowy ze zmianami włóknistemi. Przeciwnie co do płuc, wątroby, nerek i tkanki podskórnéj zwyrodnienie włókniste zdaje się częściéj przydarzać u mężczyzn aniżeli u kobiet. Przeważna część chorych znajdowała się w wieku późniejszym, co zgadza się ze spostrzeżeniem że i w innych narządach zwyrodnienia włókniste przydarzają się częściéj w wieku dorosłym lub starczym. W zupełném przeciwieństwie do zdania Benekego, że podstawy konstytucyjonalne dla rozrostów włóknistych zbliżają się rychléj do budowy napotykanéj przy nowotworach przerostowych i rakowych, wynika z tych przypadków, że prawie wszyscy chorzy okazywali kościec słabo rozwinięty, odżywienie liche, a nawet w 3ch przypadkach znaleziono w budowie serca, naczyń, a względnie macicy, wybitne podstawy anatomiczne błednicy ustrojowéj. Zdaje się jednak, że ta właściwość odnosi się tylko do jamy brzusznéj. Ponieważ z wyjątkiem tylko przypadku ostatniego, we wszystkich innych dały się wykryć dostateczne przyczyny miejscowe dla rozrostu tkanki łącznéj nie można bezwarunkowo lekceważyć znaczenia bodźców bezpośrednich.

Ostatecznie dochodzi prelegent do wniosku, że zwyrodnienie włókniste tkanin (*fibrosis*) jest jednostką patologiczną, która zasługuje na takie same uwzględnienie, jak inne zwyrodnienia tkanin. W znaczeniu etyjologiczném nazwa *fibromatosis* jest również usprawiedliwioną, gdyż jeżeli nie dla wszystkich, to w każdym razie dla przeważnéj części zwyrodnień włóknistych przyjąć trzeba jako moment etyjologiczny pewną właściwość tkanin, usposabiającą do rozrostu tkanki łącznéj. Na czém ta właściwość polega, wykazać mogą dopiero ściślejsze badania. Przytém jednak nie trzeba spuszczać z oka przyczyn bezpośrednich, które niekiedy mogą mieć wielkie znaczenie. W każdym razie przedmiot ten stanąć powinien na porządku dziennym dyskusyi i skrzętnych poszukiwań.

Dyskusyję nad powyższym odczytem odłożono z powodu spóźnionéj pory do przyszłego posiedzenia i na tém posiedzenie zamknięto. *Dr. Jan Rosner.*

V. Szkice położnicze ze Wschodu.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski

II.

Akuszerki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 36).

Wszystkie więc zacytowane przykłady odbywają się

w warunkach bardzo korzystnych dla opinii akuszerki. Jednakże nie podobna pominąć i przypadków kończących się nie pomyślnie dla naszéj matrony, lecz za to bardzo korzystnie dla samych chorych. Chcę tu wspomnieć o zdarzeniach bardzo żenujących dla wschodniéj akuszerki, mianowicie o mimowolnych spotkaniach się z wykształconymi lekarzami, znającymi doniosłość stanu położnicy, wiedzących zatém co wypada przedsięwziąć, gdy potrzeba działania w interesie matki i dziecka nakaże wystąpić energicznie. Wprawdzie podobne przykłady spotkań są dość rzadkie. Bo jak już wspomniałem, tylko mała ilość rodzin wykształconych stolicy uważa za konieczne mieć przy swych chorych lekarza-akuszera. W każdym razie i to już dowód postępu. I wtedy to właśnie akuszerki pozostawione bez uwzględnienia, wiadrami wzburzonéj żółci tryskają na powodzenie i opinię lekarza. Nie przeszkadza to jednak, że ten ostatni spełnia odpowiednio swe zadanie i tém samém wzbudza zaufanie i wiarę w istotną korzyść umiejętnie zastosowanéj pomocy sztuki. Dla akuszerki zaś, posiadającéj jeszcze pewien takt w postępowaniu, nie pozostaje jak tylko podziwiać i korzystać z okoliczności zastosowania rękoczynów służących do ułatwienia lub zakończenia trudnych porodów. Dodam wszakże, że przykłady umiejętnego zastosowania pomocy sztuki są bardzo rzadkie w stosunku do liczby ludności wschodniéj. Widoczny zaś tego dowód mamy w wykazach statystycznych. Można zaś być pewnym, że w saméj stolicy Turcyi nie spotka się w ciągu roku jak tylko bardzo małą ilość przypadków operowanych. Co téż i wybornie przemawia, że potęga akuszerek trwa zawsze, i że w ich to pazurkach pozostaje prawie cała ludność wyzyskiwana bez litości i prawie po barbarzyńsku. To zaś panowanie nad umysłem wschodniéj ludności jest tu tak prawdziwém, że trudno spotkać kobietę, którąby nie opowiadała o trudnościach przebywanych w przebiegu ciąży i porodu!

W końcu jako streszczenie dostrzeżonych faktów dodam jeszcze i to, że nie istnieje tu zwyczaj mierzenia miednicy kobiety, czy to przed jéj zamążpójściem, czy téż w ciągu ciąży. Ztąd więc poród przedwczesny, uważany jako środek, nigdy tu nie bywa wywoływanym. O zastósowaniu zgniatacza główki, cięcia cesarskiego, operacyi Porro itd. i mowy tu być nie może. A jednak śmiertelność płodu bywa bardzo częstą, a to dzięki jedynie ciemnocie tutejszych akuszerek! Nie zapomnę nigdy opowiadań Dra Spadaro, który w ciągu swéj bardzo długiéj praktyki w Turcyi, raz jeden miał tylko sposobność dokonania obrotu płodu! A jednak jest to akuszer zdolny i posiadający bardzo obszerną praktykę. To wszystko doprowadza mnie do postawienia pytania, co myśléć o zastósowaniu sztuki położniczéj w kraju znajdującym się w najniekorzystniejszych warunkach dla sprawy reprodukcyi? Co powiedzieć o téj ludności rozsianéj na ogromnych przestrzeniach, nieposiadającéj nawet idei o lekarzu akuszerze? Co powiedzieć o tych kobietach ciężarnych, które słuchając rad swych „Ebe-chanum,“ ronią za pomocą wprowadzenia do macicy jakiegokolwiek drażniącego środka? O tych, które narażają bardzo swój stan przez zbytek nadużyć, nieobawiając się niepomyślnych wypadków, w ich sytuacyi prawie nieuniknionych? Wreszcie co sądzić o tych wszystkich damach, uważających swą ciążę za igraszkę tylko, nieumiejących zdać sobie sprawy ze znaczenia téj wielkiéj tajemnicy, zachodzącéj w ich ustroju? Co można oczekiwać, jeżeli takie kobiety przy końcu ich ciąży są pozostawione względom ciemnéj partaczki, niezdolnéj często do dania prostéj pomocy, niezbędnéj ku poparciu sił natury. Ztąd więc nie należy wątpić, że w takiéj sytuacyi każdy przypadek mniéj więcéj groźny, nie może się zakończyć inaczéj jak tylko śmiercią matki lub płodu! Na poparcie zaś mych twierdzeń zacytuję to tylko, że w Turcyi niepodobna spotkać rodziny, któraby nieopłakiwała straty choćby jednéj kobiety, przepłacającéj życiem następstwa swéj ciąży! Nie podobna spotkać matki, któraby nieubolewała nad stratą kilkorga dzieci. W końcu nie znajdziemy tu kobiety, któraby nie była dotkniętą długotrwałém cierpieniem organów płciowych. Znaczna liczba tych nieszczęśliwych posiada prawdziwą kolekcyję chorobowych objawów, pouczających dla lekarza. Jakie wydać zdanie o tych zdemoralizowanych przez akuszerki chorych, uważających się za dotkniętych cierpieniami płuc, wtedy gdy wszystkie ich dolegliwości opierać się zwykły na stanach blednicowych lub histerycznych. Co wyrzec wreszcie o tych damach, które w następstwie przebytych ciąży doznają nieładów w okresach czyszczeń miesięcznych i które za radą swych akuszerek stawią pijawki, biorą środki namiesięczne wtedy, gdy nieprawidłowy ich stan zawdzięcza swe powstanie jedynie tylko przebytemu porodowi. Co gorsza jeszcze, spotykałem tu matki narzekające na własne dzieci, osypujące je wyrzutami i przeklinające chwilę przyjścia ich na świat, całą winę przypisując porodowi, zawsze jednak osłaniając meduzi łeb swych akuszerek! Słowem im dokładniéj poznaje się szczegóły, tém téż więcéj znajduje się faktów dowodzących, że objawy ciężkie lub śmiertelne nawet u kobiet rodzących, są nieskończenie liczniejsze w Turcyi, aniżeli w pozostałych krajach Europy i że cała ilość nieszczęśliwych przypadków wynika z niedołęztwa i ciemnoty osób, oddających się spełnianiu ważnych czynności położniczych.

Ciąże bliźniacze spotykają się dość często na Wschodzie, i ku największemu zdziwieniu całego świata, akuszerki tutejsze przypisują sobie pewną zdolność rozpoznawania tych stanów, na poparcie czego pozwalam sobie zacytować przykład z własnéj praktyki. Bawiąc w Hyllet nad Eufurtem, byłem powołany do domu p. Calioti szefa stacyi telegraficznéj międzynarodowéj. Żona jego umarła w połogu, wydawszy jednak na świat płód żywy. Przytomna akuszerka, jakaś matrona chaldejka zapewniała w energiczném swém narzeczu o egzystencyi drugiego płodu, którego nie będąc w stanie wydalić, zdecydowała się żądać mego pośrednictwa. Wysłuchałem najprzód najrozmaitszych zdań gadatliwéj matrony, opowiadającéj, że jakkolwiek objętość brzucha nie była dość znaczną do zadecydowania o ciąży bliźniaczéj, to jednak, ponieważ kobieta umarła, a objętość brzucha nie zmniejszyła się wcale, więc jest to dowodem znajdywania się jeszcze drugiego płodu! Zbliżam się więc do zwłok, badam jamę brzuszną i znajdując obrzmienie chełboczące, pociągam za pępowinę i bez zbytecznych usiłowań wydobywam placentę z ogromnym skrzepem krwi, który to i wprowadził w błąd otaczających, będąc także bardzo prawdopodobną przyczyną śmierci w skutek gwałtownego krwotoku. Smutny dowód zarozumiałości! Na Wschodzie zajście w ciążę młodych kobiet bywa najczęściéj konstatowane także przez akuszerki. Od chwili bowiem gdy rodzina spostrzeże u młodéj mężatki natężenie i powiększenie się w objętości powłok jamy brzusznéj, natychmiast bywa przywołaną doświadczona nibyto matrona, która téż i stawi swe rozpoznanie, nie wachając się zadecydować, że obrzmienie jest ciążą. Znaném mi jest jedno z podobnych rozpoznań, które miało

miejsce w tak szczególnych warunkach, że zacytowanie go tu uważam za stósowne. W rodzinie jednego z dygnitarzy wielkorządztwa Bagdadu miała miejsce następująca scena: Młoda jego córka była zaręczoną z oficerem, należącym do bardzo poważnéj i zamożnéj rodziny. Ślub miał się odbyć za kilka dni. Uprzedzając więc przyszłe uroczystości, matka młodéj dziewczyny, odpowiadając miejscowym zwyczajom, udała się z córką do łaźni, gdzie przypadkiem znajdowała się domorosła akuszerka. Ta ostatnia, uderzona szczególną objętością powłok jamy brzusznéj u młodéj osoby, zaczęła ją badać i bez zastanowienia się zadecydowała o dwumiesięcznéj ciąży! Łatwo można sobie wyobrazić wrażenie wywarte podobnym rozpoznaniem akuszerki! Skutkiem więc podobnie hańbiącéj sytuacyi ojciec nieszczęśliwéj téj osoby natychmiast wypędził ją z domu i biedna oskarżona, razem z matką, musiały szukać przytułku u dalekich krewnych. Podobny przypadek tak mnie zainteresował, że postarałem się poznać szczegółowiéj istotę faktu. I w istocie odpowiadając przyjaznemu wezwaniu Dra Achera, udaliśmy się do domu tych nieszczęśliwych wyrzutków. Szczególnie jakieś przekonanie pozwalało nam z góry mniemać, że młoda osoba została niesłusznie oskarżoną. Jakkolwiek mój kolega cieszył się ogólném poważaniem, a w dodatku był i domowym lekarzem rodziny, to jednak z trudnością tylko i po zrozumieniu całego współczucia jakie mamy dla młodéj osoby, zgodzono się pozwolić na jéj zbadanie. Wypytawszy więc najprzód matkę o stanie czyszczeń miesięcznych jéj córki, i dowiedziawszy się, że czynność ta odbyła się w sposób najprawidłowszy jeszcze w kilku ostatnich dniach, nie wątpiliśmy o ponownym błędzie akuszerki. Szczegółowsze wreszcie badanie wykazało znaczne tylko rozszerzenie jamy brzusznéj, w skutek nagromadzenia się gazów w jelitach. Wydana opinija powróciła spokój rodzinie. Akuszerka pozostała w dawnych swych atrybucyjach, nie będąc nawet po wołaną do wytłumaczenia swego oszczerstwa. Ślub się odbył. A uczta po nim, na którą zostaliśmy zaproszeni, odbywając się w cieniu palm i granatów, przy krążeniu puharów z czystym winem z Szyrasu, mogła być porównaną do sławnych festynów Lukulusa.

W moich podróżach po tureckim Wschodzie dość często spotykałem przykłady błędnych rozpoznań ze strony akuszerek, tak że dzisiaj uwzględniając praktykę i dostrzeżone fakta, mogę wydać zdanie, że znajomość niesienia pomocy położniczych pozostaje w Turcyi w stanie największego poniżenia! To jednak co widzimy w pośród mieszkańców miast zdawałoby się być jeszcze bardziéj rozwinięte po wsiach. Tak w istocie sądziłem. Jednakże dłuższy pobyt na prowincyi przekonał mnie, że zdrowe powiétrze i życie czynne, wywierając szczęśliwy wpływ na mieszkańców wsi, zmniejszają tém samém częstość przypadków. Co więcéj, liczba praktykujących akuszerek jest tam mniejszą, a zatém i nieszczęśliwe zejście stanów porodowych rzadziéj się spotyka. W obu jednak sytuacyjach wiele jest do zrobienia; a środkiem ku temu *tempora mutantur.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 27 sierpnia do 2 września śmiertelność w Krakowie spadła z 26,7 na 19,8. Z błonicy umarło 0 (1 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z czerwonki 2 (1 z. t.); z róży 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 5 krztuśca. W tygodniu od 20—26 sierpnia umarło w Londynie z ospy 1, leczyło się w szpitalach 121, świeżo zapadło 34. W Wiedniu i Budapeszcie po 12, w Paryżu 8, w Petersburgu po 8, w Warszawie 26, w Pradze i Brukseli po 2, w Granadzie 3, w Madrycie 24. Dur brzuszny bardziéj się rozszerzył w Paryżu, gdzie umarło 74 a leczyło się w szpitalach 899. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie w Londynie, Warszawie, Granadzie i Murcyi. Biegunka zabrała wiele ofiar pomiędzy dziećmi we wszystkich większych miastach. W Genewie zaszedł przypadek cholery.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 20—26 sierpnia umarło wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 26,7; we Lwowie 36,2; w Poznaniu 49,7; w Wiedniu 22,5; w Budapeszcie 32,8; w Pradze 32,9; w Tryjeście 32,7; w Berlinie 26,9; w Wrocławiu 40,1; w Gdańsku 38,5; w Mnichowie 24,5; w Dreźnie 20,6; w Lipsku 17,3; w Bazylei 18,7; w Brukseli 25,2; w Amsterdamie 23,5; w Hadze 23,2; w Paryżu 24,0; w Londynie 18,8; w Kopenhadze 33,1; w Stokholmie 37,8; w Chrystyjanii 28,1; w Petersburgu 30,3; w Odesie 49,6; w Rzymie 24,1; w Wenecyi 23,4; w Bukareszcie 22,1; w Madrycie 41,3; w Nowym Yorku 39,1; w Filadelfii 31,2; w Madrasie 27,4.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków d. 15 września. N. Pan mianował docenta prywatnego Uniw. wiedeńskiego, Dra Jana Mikulicza, zwyczajnym profesorem chirurgii i przełożonym kliniki chirurgicznéj w Uniw. Jagiell.**

* Główny Redaktor naszego pisma prof. Blumenstok powrócił do Krakowa i zamieszkał przy ul. Szewskiéj (pod Toporkiem) Nr. 16.

* Minister spraw wewnętrznych w porozumieniu z wys. Ministerstwem wyznań i oświaty zamianował Dra A. Biesiadeckiego c. k. kraj. ref. spraw. zdrowia przewodniczącym Komisyj egzaminacyjnych do egzaminów lekarzy i weterynarzy, odbyć się mających w r. 1882/3. Na egzaminatorów i ich zastępców przy rzeczonych egzaminach powołano równocześnie: *a*) przy egzaminach dla lekarzy: 1) z higijeny i ustawodawstwa sanit. doc. Dra K. Grabowskiego egzaminatorem, doc. Dra S. Ponikłę zastępcą; 2) z medycyny sądowéj prof. Dra Blumenstoka egzaminatorem, prof. Dra Browicza zastępcą; 3) z farmakognozyi prof. Dra Łazarskiego egzaminatorem, prof. Dra Janczewskiego zastępcą; 4) z chemii prof. Dra Stopczańskiego egzaminatorem, prof. Dra Czyrniańskiego zastępcą; 5) z policyi weterynaryjnéj Dra Biesiadeckiego egzaminatorem, weter. kraj. Litticha zastępcą. *b*) Przy egzaminach dla weterynarzy, które mają się odbyć pod tém samém przewodnictwem, wyznaczeni są egzaminatorami: Dr. Piotr Seifmann, dyrektor szkoły weterynaryi we Lwowie i weterynarz kraj. Littich.

* W skutek odezwy Przewodniczącego w komisyi antropologicznéj Dra J. Majera, zamieszczonéj w Nrze 33 *Przeglądu Lekarskiego,* nadesłali dotąd oświadczenie gotowości udziału w pracy około oznaczenia trwałości życia pp. Drowie: Bogdanik w Biały, Janiszewski w Glinianach i p. Kocaj słuchacz medycyny w Krośnie.

* Dziś przewieziono przez Kraków zwłoki śp. Dra Szeparowicza z Wiednia do Stanisławowa, gdzie ma się odbyć pogrzeb d. 15 bm. rano. Towarzystwo lekarskie krakowskie i Redakcyja Przeglądu Lekarskiego uchwaliły złożyć w Stanisławowie wieńce na trumnie nieodżałowanego Kolegi.

* Minister rolnictwa udzielił Pasteurowi znakomitemu chemikowi francuzkiemu nowe 50.000 franków na dalsze naukowe prace nad chorobami zaraźliwemi zwierząt. Wiadomo, iż Rząd przyznał mu już na ten sam cel 50.000 fr. w r. 1880 i 40.000 fr. w 1881 r. *(Kur. Warsz.)*

* Rektorem lwowskiéj Wszechnicy na rok 1882/3 wybranym został prof. Dr. Radziszewski.

* Rząd francuski wysyła uczonych badaczy w różne okolice świata. Do krajów polskich ma przybyć p. Munier Chalmas asystent ogrodu zoologicznego w Paryżu dla badania fauny kraju naszego; ma on dłuższy czas zabawić w Tatrach i na Polesiu.

* Ostatnie wiadomości z dalekiego wschodu potwierdzają wiadomość o epidemii cholerycznéj na wyspach Filipińskich.

* Rzymscy cesarze wysoko honorowali swych lekarzy: podług Rénné Brioux (*Le praticien* z 14 sierpnia) pewien lekarz pobierał 500.000 sestercyj (100.000 fr.) rocznie; kiedy mu czyniono uwagę, że to za wiele, odpowiedział, że praktyka prywatna na pewno dałaby mu 600.000.

Samobójstwa w Europie. Stosunek samobójstw do milijona mieszkańców w różnych państwach europejskich jest podług Legoyt następujący: w Niemczech 261, w Danii 257, w Szwajcaryi 215, w Francyi 160, w Austryi 121, w Belgii 87, w Anglii 69, w Holandyi 45, w Rosyi 30, w Italii 37, w Irlandyi 21, w Hiszpanii 17. Najwięcéj samobójstw odbywa się przez powieszenie; na 100 samobójców odbiera życie przez powieszenie w Niemczech 64, w Austryi 47, w Danii 77, w Rosyi 73. (*Revue médicale de l'Est*).

* W celu zapobieżenia grasującéj na dalekim Wschodzie cholerze zebrała się wielka Rada sanitarna w Rzymie, która ma oznaczyć wszystkie środki celem ochronienia portów włoskich od zawleczenia zarazy. W obec toczącéj się wojny i stosunków armii Wolselya z wojskiem indyjskiém, obawa wybuchu cholery w Europie jest uzasadnioną.

* Sprawa rozwodowa zajmuje wszystkie umysły we Francyi. Katedra, scena, publicystyka itd. szuka sposobu rozcięcia tego węzła gordyjskiego. Podług *L'encephale* Nr. 2 w Akademii lekarskiéj w Paryżu odbyła się żywa dyskusyja nad pytaniem, czy należy uprawnić rozwód, jeśli jedno z małżeństwa ulegnie pomięszaniu zmysłów? Dr. Blanche oświadczył się przeciw rozwodowi. Dr. Luys wykazywał nieludzkość i bezsensowność prawa, które na dziesiątki lat skazuje jedno z małżeństwa na związek niezmiernie uciążliwy i niebezpieczny, i stawia wniosek, ażeby pewne formy pomięszania uprawniały do rozwodu; w dalszym rozwoju swego wniosku proponuje Luys, ażeby komisyja złożona z trzech psychijatrów rozstrzygała każdorazowo o rozwodzie, jeśli chory przebył w szpitalu i nie wyleczył się w ciągu lat 4ch dla mężczyzn, a 5 dla kobiet. Komisyja ta winna co miesiąc odwiedzać takiego chorego i po upływie roku wydać ostateczne orzeczenie.

* *Strana* w Nrze 96 donosi, że zapadła uchwała w Petersburgu, ażeby teatry téj stolicy miały dwóch lekarzy, specyjalistów chorób nerwowych i krtani. Słusznie *Wracz* zapytuje, w jakim celu żądano specyjalistów tylko tych gałęzi?

* Na posiedzeniu Towarzystwa bijologicznego w Paryżu miał wykład Dr. Bouchard o ptomainach, które udało mu się wydzielić z moczu chorych na dur, zapalenie płuc, opłucny i w jednym wypadku żółtaczki. Ponieważ na jedną dobę chorzy oddawali nie więcéj nad 1 miligr. ptomainu, autor spotrzebowywał moczu od 20 do 50 litrów. (*Gaz. hebdom.*)

* Zapewne prąd przeciw wiwisekcyjom opanowuje i Paryż, kiedy prof. Laborde w celu oswojenia ogółu z wiwisekcyjami uznał za rzecz potrzebną i praktyczną mieć wykład publiczny, połączony z doświadczeniami na zwierzętach; zaledwo jednak ujął żabę i zwrócił przeciw niéj ostrze skalpela, jedna z pań zawołała, że nie pozwoli profesorowi kaleczyć zwierzęcia, za tym przykładem poszło całe audytoryjum i . . . . żaba ocalała, a szan. profesor zmuszony był przerwać wykład.

□ W nowym rosyjskim kodeksie karnym mają téż być pomieszczone i takie przestępstwa jak zatruwanie zapasów prowijantu lub towarów przeznaczonych do publicznego użytku, oraz rozmyślne rozszerzanie chorób epidemicznych (*Kur. Warsz.*).

* Na pomnik śp. prof. Buscha w Bonn zebrano 16,000 marek.

* Redaktor *Medycyny* Dr. Fritsche mianowany został naczelnym lekarzem szpitala rezerwowego, który w krótkim czasie będzie otwarty.

* **Nekrologija.** W Paryżu umarli: Dr. Woillez, członek Akademii lekarskiéj i Dr. Hayassi, naczelny lekarz wojska japońskiego. — W Walencyi umarł prof. anatomii Dr. Navaro.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 36: Sokołowskiego: Przyczynek do dyjagnostyki fizykalnéj wysiękowego zapalenia opłucny. Dra Szczygielskiego: Dwie owaryjotomije z pomyślném skutkiem; Rothego: Alkoholizm czyli otrucie wyskokowe (c. d.); — W *Medycynie* Nr. 34: Prof. Korczyńskiego: O zwyrodnieniu włóknistém (*fibrosis*) tkanin z przeważném uwzględnieniem otrzewny i tkanki podotrzewnowéj (c. d.); Dra Talki-Hryniewicza: Śmierć spowodowana pęknięciem żylaka na nodze.

Redakcyja otrzymała:

Dra WALEREGO JAWORSKiEGO: Składniki białkowate, wartość pożywcza i lecznicza pożywki peptonowéj, oraz odpowiedź na zarzuty Dra Rejchmana.

Na portret śp. prof. Kozubowskiego nadesłali Dr. Zminkowski (z Husiatyna) 5 złr., Dr. Tyrchowski (z Warszawy) 5 złr., Dr. Skórkowski (z Wielkiéj Woli) 5 złr. Razem więc z poprzedniemi wykazami 59 złr. i 8 Rsr.

Sprostowanie. W Nr. 34, str. 454, szpalta I. w wierszu 22 od góry: zamiast „jako najdokładniejszą“ czytaj: jako najdogodniejszą i w wierszu 22 od dołu: zamiast „według wzoru“ czytaj: według znaczenia wzoru. W Nrze 35 str. 470 szpalta II. wiersz 26 od góry: zamiast „zużyty“ czytaj: zużyły. Str. 455 szpalta I., wiersz 18 od dołu: zamiast Fe_5O_3 czytaj Fe_2O_3.

W zastępstwie redaktora: **Dr. A. Kwaśnicki.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 23 września 1882. № 38. Rok XXI.

I. O wycinaniu odźwiernika.

Wykład kliniczny.

Podał **Dr. Rydygier**.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 37).

Uciskadła moje elastyczne składają się z dwóch pręcików żelaznych powleczonych odwietrzonym wężykiem kauczukowym, 13—15cm. długich, w razie potrzeby i dłuższych, a $^3/_4$cm. szerokich. Jeden taki pręcik podsuwamy pod tylną a drugi kładziemy na przednią ścianę żołądka, resp. dwunastnicy, poprzecznie lub skośnie do ich osi. Wystające u góry i u dołu końce pręcików łączymy gumowemi nitkami tak, że ani kropla treści żołądka ani dwunastnicy nie może wypłynąć. Uciskadła nasze elastyczne mają tę zaletę przed wszelkiemi kleszczykami, że jako narzędzia o ramionach równoległych i równolegle działających na całéj przestrzeni, wywierają r ó w n y ucisk na ścianę żołądka resp. jelit, a nadto że ucisk ten jest w skutek powleczenia i p o ł ą c z e n i a gumowego miękki, elastyczny i niejako sam się reguluje. W pierwszym moim przypadku i pierwszych doświadczeniach Wehra używaliśmy nitki jedwabnéj do połączenia pręcików. Niebawem przekonaliśmy się (w 5tém jego doświadczeniu), jak trudno jest wymierzyć odpowiednią siłę ucisku, ażeby nie wywołać martwiny ścian na miejscu ucisku. Od tego czasu używaliśmy zawsze nitek gumowych, i już nigdy podobne nieszczęście nam się nie zdarzyło [1]).

Wszelkie kleszcze i nożyce zwyczajne uciskają najbardziéj blisko zamka, choćby ich ramiona były pociągnięte gumą; a im daléj ku końcom, tém słabszy ucisk i dla tego nasze uciskadła zasługują na pierwszeństwo przed niemi. Nawet kleszcze o równoległych ramionach, ale na sposób nożyc jelitowych Dupuytrena połączonych, choćby je gumą pociągnięto, wywierają zanadto twardy i wcale nie podatny ucisk z powodu stałego połączenia, a siłę ucisku trudno oznaczyć; podczas gdy nasze uciskadła, jak to już wspomnieliśmy, niejako same się regulują co do siły ucisku. Naturalnie i tu nie wolno zawiązać nadmiernie silnie gumowych nitek. Uciskadło elastyczne zasługuje także na pierwszeństwo przed tymczasową podwiązką, czy to elastyczną Czernego, czy też jedwabną Schedego; bo układa ściany żołądka i dwunastnicy płasko, podwójnie obok siebie i tém znacznie ułatwia szycie, kiedy podwiązka nałożona blisko miejsca przecięcia marszczy przekrojone ściany. Nadto ucisk rozdzielony na płaską przestrzeń nigdy nie potrzebuje być tak silnym, ażeby zapobiedz przesączaniu treści, jak linijowy ucisk podwiązki; a wreszcie nie wrzyna się tak bardzo.

W końcu i to jeszcze stanowi zaletę naszych uciskadeł, że wystające ich końce mogą posłużyć jako rączki, za pomocą których pewno i z łatwością możemy wykonywać wszelkie ruchy brzegami przeciętemi, potrzebne do dokładnego szycia.

Wehr zmienił uciskadło o tyle, że zamiast górnego pręcika użył wężyka gumowego.

Poniżéj przy odpowiednim akcie operacyi dowiodę, że zamknięcie światła przeciętego za pomocą narzędzi daleko więcéj się zaleca, niż przeciwne postępowanie, gdzie światła albo wcale nie zamykamy, albo tylko częściowo za pomocą rąk asystentów i gąbek.

I. akt operacyjny: Otworzenie jamy brzusznéj.

Dotąd postępowano przy otwieraniu jamy brzusznéj dwojakim sposobem: robiono cięcie w s m u d z e b i a ł é j, albo też p o n a d g u z e m przecinano ściany brzuszne s k o ś n i e za przykładem Billrotha.

[1]) Na twierdzenie Wölflera, że już Gussenbauer o tych elastycznych uciskadłach wspomina, odpowiadam, że Gussenbauer mówi o kleszczach zrobionych podobnie do nożyczek jelitowych *(Darmscheere)* Dupuytrena, a więc z połączeniem stałém. Uciskadła elastyczne, których zaletę upatruję właśnie w e l a s t y c z n é m połączeniu gumowém, nie są moje. Słusznie powiedziałsam Gussenbauer o uciskadłach, które on miał na myśli, że trudnoby pewnie było utrafić niemi na odpowiednią siłę ucisku, ażeby uniknąć złych następstw.

Podług mego zdania cięcie podłużne zasadniczo zasługuje na pierwszeństwo przed cięciem poprzecznem Billrotha. Szczególnie uważam cięcie w smudze białej za najlepsze i przenoszę je nad wszystkie inne cięcia, nawet nad cięcie po prawej stronie od linii białej, dawniej przezemnie zalecane.

Zalety cięcia w smudze białej celem otworzenia jamy brzusznej bez naruszenia mięśni prostych i ich pochewek itd. są dostatecznie znane i uznane tak, że się nad niemi nie potrzebuję obszerniej rozwodzić. Wykażę tylko, że za pomocą tego cięcia można odźwiernik wyciąć bez wszelkiego utrudnienia. Dowiodło tego już doświadczenie, mianowicie dla tych przypadków, które w ogóle nadają się do wycięcia. Podług powyżej wyłuszczonych zasad: Péan, Czerny, Berns, Lauenstein i ja w 2ch przypadkach użyliśmy cięcia w linii białej, a zawsze udało nam się wycięcie uskutecznić, chociaż kilka z tych przypadków, co do zrostów z narządami przyległemi, leżało już poza granicami powyżej naznaczonemi. Lücke w swoim przypadku musiał w środku cięcia w linii białej dodać jeszcze cięcie poprzeczne, nie mogąc bez niego wycięcia ukończyć, ale Ledderhose sam przyznaje, że przypadek ten prawdziwie nie był stosowny do operacyi, jak to później się wykazało.

Podług Wölflera (l. c. str. 17) cięcie poprzeczne ma następujące zalety:

1) Żołądek chory nastawia się natychmiast w ranę, a operujący widzi dokładnie nie tylko prawą część żołądka, ale i odźwiernik i dwunastnicę.

2) Zapobiega się łatwiej wypadnięciu trzew.

3) W razie zrostu raka z otrzewną ścian brzusznych można zrośnięte części wygodnie wyciąć w całej rozciągłości bez nowego cięcia.

Co do 1. Doświadczenie wykazało, że odszukanie chorej części nigdy najmniejszej trudności nie sprawia. Przyznaję, że cięcie w linii białej nie dozwala może tak swobodnych i wygodnych ruchów podczas operacyi wielkich, daleko sięgających raków, jak wycięcie poprzeczne. Przekonałem się o tem w drugim przypadku moim laparotomii próbnych, gdzie wydobycie wielkiego guza rakowatego było utrudnione. Sądzę atoli, że takie przypadki nie nadają się do operacyi, bo zwykle już istnieją zrosty znaczne i przerzuty, jak w moim dopiero co wspomnianym przypadku, albo w pierwszym przez Billrotha operowanym, gdzie rak także był nadzwyczaj wielki, a już po kilku zaledwie miesiącach nastąpiła recydywa.

Co do 2. Dotychczas żaden z operatorów, który użył cięcia w linii białej, nie uskarżał się na to, żeby jelita miały wielką dążność do wypadania. Mnie przynajmniej dotychczas w żadnej z powodu raka lub wrzodu odźwiernika podjętej laparotomii (7 przypadków) nie sprawiało to najmniejszego kłopotu.

Nie pojmuję też, w jaki to sposób cięcie poprzeczne ma zapobiegać wypadaniu jelit. Przeciwnie każdy nieuprzedzony sądziłby, że cięcie poprzeczne rozszerzające się za każdym skurczem przeciętych mięśni chyba ułatwi wypadanie.

Co do 3. Powierzchowne zapalne zlepy guza z otrzewną uda się oddzielić z łatwością przy cięciu w smudze białej; już nie tak łatwo zrosty rakowate, przechodzące aż na mięśnie brzuszne. W tych przypadkach byłoby cięcie poprzeczne jedynie odpowiedniem, gdyby one w ogóle nadawały się do wycięcia. Billroth sam zalecał na ostatnim zjeździe chirurgów w Berlinie, żeby skrupulatnie wybierać przypadki odpowiednie do operacyi; a jabym uważał wszystkie te przypadki, gdzie rak już się rozszerzył na mięśnie powłok brzusznych, za nieodpowiednie do operacyi, chociaż badanie zwłok w 2 przypadku Billrotha, gdzie podobne stosunki zachodziły, wykazało, że i wtenczas jeszcze można raka zupełnie wyciąć. Pytanie, czyby nie była wkrótce nastąpiła recydywa.

Cięcie poprzeczne podług Wölflera niema nigdy żadnych złych następstw. Nie mogę zamilczeć, że w 2 przypadku Bardenheuera (Nr. 17) śmierć nastąpiła 8 dnia po operacyi wskutek ograniczonego zapalenia otrzewny wzdłuż cięcia poprzecznego. Szwy ścian żołądka wybornie się trzymały tak, że Bardenheuer sam przypisuje śmierć w tym przypadku jedynie owemu zapaleniu. Pisze mi co do cięcia poprzecznego: *„Ueberhaupt will mir der Querschnitt nicht behagen, weil die Vernähung desselben durch die Retraction der querdurchtrennten Musculatur erschwert wird."* (Nie podoba mu się cięcie poprzeczne i z tej przyczyny, że trudno połączyć szwem skurczone po przecięciu mięśnie).

W ostatniej mej próbnej laparotomii użyłem półksiężycowego cięcia podłużnego na prawo od linii białej: otworzyłem więc pochewkę m. prostego i przeciąłem część jego włókien. Przystęp do odźwiernika był wygodny, ale nastąpiło ropienie w pochwie m. prostego. Wcale nie twierdzę, żeby postępowaniem ściśle przeciwgnilnem nie można było zapobiedz podobnym następstwom; mimo to wyjątkowo zdarzyć się mogą, podczas gdy przy cięciu w linii białej zupełnie na pewno tego unikamy.

Cięcie w smudze białej uważam po rozważeniu wszystkich okoliczności jako zazwyczaj najodpowiedniejsze, w wyjątkowych przypadkach może być wskazanem cięcie poprzeczne.

Przed otworzeniem otrzewny powinniśmy dokładnie i zupełnie krwotok zatamować. Po otworzeniu jamy brzusznej badamy palcami i wzrokiem jeszcze raz stosunki bliższe odźwiernika, a gdyby się miało wykazać, że przypadek nie we wszystkiem odpowiada warunkom podanym w wskazaniach, natenczas winniśmy poprzestać na laparotomii próbnej i jamę brzuszną napowrót zaszyć. Tylko wyjątkowo pozostaną nam i wtenczas jeszcze stosunki nie zupełnie jasnemi jak w przypadku Lückego; zwykle jednak poznamy nietylko wielkość i rodzaj guza, ale zarazem zrosty lub przerzuty do sąsiednich narządów, gdyby miały miejsce.

Akt II. operacyjny. Wydobycie i zupełne oddzielenie wyciąć się mającego odźwiernika.

Po dokładnem zbadaniu i przekonaniu się, że przypadek odpowiednim jest do operacyi, przystępujemy do oddzielenia więzadeł, a najprzód wielkiej sieci.

Postępowanie jest tu dwojakie: zakładamy podwójne podwiązki *en masse* (*Massenligatur*) za pomocą zwyczajnej igły tętniakowej (*Aneurysmennadel*) i pomiędzy niemi przecinamy, albo przeszywamy sieć anatomicznemi kleszczykami i zakładamy w małych odstępach kleszczyki Billrotha, które wyciskają rowki zapobiegające późniejszemu ześlizgiwaniu podwiązek. Wölfler zaleca przyżeganie termokauterem pomiędzy podwiązkami; ja nie widzę w tem żadnej korzyści. Miejsca zupełnie przeźroczyste i nie zawierające żadnych naczyń wolno poprzedzierać. Jeżeli przy oddzielaniu natrafimy na powiększone gruczoły, to je także wycinamy.

W podobny sposób postępujemy przy oddzielaniu sieci małéj, tylko że tu nieraz zakładanie podwiązek jest więcéj utrudnione.

Należy się wystrzegać, żeby otrzewnowych więzadeł żołądka nie oddzielać daléj, jak do granicy, gdzie zamyślamy ściany przeciąć. W przeciwnym bowiem razie narażamy się na zgorzel odpowiednich części ścian, jak to Madelunga i moje (l. c.) doświadczenia uczą.

Części żołądka i dwunastnicy wydobyte ponad ściany brzuszne, a nie mające być wycięte, lecz po zeszyciu odprowadzone, pokrywa się odwietrzonemi i ogrzanemi kompresami podczas całego tego aktu.

Zrosty odźwiernika z trzustką, czy to w raku odźwiernika, jeśli są o tyle nieznaczne, że nie uważaliśmy ich za przeszkodę do operacyi, albo poprzednio nie wykryliśmy ich czy też w wrzodzie głębiéj sięgającym, oddzielamy także krok za krokiem pomiędzy podwiązkami z tą różnicą tylko, że tu nieraz musimy zakładać podwiązki przeszywając tkankę trzustki, ażeby pewniéj zatamować krew i zapobiedz późniejszemu zesuwaniu podwiązek. Nieraz w przypadkach wrzodu, podobnych do mojego (Nru 22), wypadnie nawet wyciąć kawałki trzustki razem z odźwiernikiem.

Po oddzieleniu całego guza podsuwamy pod niego odwietrzone kompresy i unosimy go zupełnie ponad ściany brzuszne. (C. d. n.)

II. Z pracowni dla patologii doświadczalnéj Uniwersytetu Jagiellońskiego prof. Dra Adamkiewicza.

O zachowaniu się serca wśród dławienia i topienia.

Napisał Dr. W. Pisek,

b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 37).

W ogóle tedy obrazki sfigmograficzne przy topieniu otrzymywane wykazują następujące szczegóły:

Porównywając sfigmogramy fig. 22 z fig. 23 widzimy w pierwszych trzydziestu sekundach nieznaczne tylko podwyższenie parcia krwi, lecz uderzającą jest znów różnica: na jednym obrazie widać zupełne zniknięcie krzywizn oddechowych, gdy w drugim ślad takowych, aczkolwiek niewyraźny, istnieje, dając się jeszcze wykazać w tym czasie, gdy wzniesienie się krzywéj zaczyna nagle wzrastać.

Jak w innych obrazach sfigmograficznych tak i tu (fig. 23), w miarę znikania krzywizn oddechowych, krzywizny „tętna“ się zmieniają, a mianowicie pod dwojakim względem: 1) stają się mniéj liczne, blizko pięć razy i 2) stają się wybitniejsze, wyższe.

Szczegółów tych oczywiście fig. 22 nie wykazuje. Wyrażając słowami powyższe szczegóły sfigmogramu, możemy wypowiedzieć następujące zdania:

A) Przy nagłém wlewaniu płynu do tchawicy w jednym szeregu przypadków parcie krwi przez pierwszych mniéj więcéj sekund 30 pozostaje prawie niezmienionném, lub tylko nieznacznego doznaje podwyższenia.

B) Oddechy w pierwszych chwilach nieraz zupełnie ustają, a w innych zaledwie są widoczne.

C) W pierwszym razie tętno staje się mniéj liczném, lecz silniejszém, w drugim zaś przypadku jest nieregularném. Wyznać musimy już na tém miejscu, że przyczyny tych różnic wykazać nie mogliśmy.

Porównywając sfigmogramy otrzymane w drugiéj połowie minuty pierwszéj, i w chwilach następnych, widzimy, że np. w przypadkach reprezentowanych przez sfigmogram fig. 23 parcie krwi nagle wzrasta, i to kilkadziesiąt razy. Przejście jest raptowném. *Maximum* to trwa 2—3 sekund i nagle opada do poziomu prawie normalnego, na któréj to wysokości utrzymuje się aż do końca życia zwierzęcia, tj. przez 2—3 minut. Drugi typ reprezentuje przypadki (fig. 22), gdzie krzywa parcia krwi powoli się wznosi i dopiero w ciągu połowy pierwszéj minuty dochodzi do *maximum* wzniesienia. *Maximum* to co do wielkości dorównywa temu, jakie w poprzednich przypadkach widzimy, i trwa również 2—3 sekund, przechodzi następnie w stan odpowiadający „pierwszym chwilom“ w przypadkach typu poprzedniego, tj. okazuje mniéj liczne krzywizny tętna, lecz wybitniejsze. Zakończeniem znów nie różni się ten typ od poprzedniego.

Wnioski tedy dają się sformułować w następującéj postaci:

D) *Maximum* parcia krwi występuje, albo bywa poprzedzone **wielkiemi wahaniami**, występującemi jednakowoż zawsze dopiero po dłuższém trwaniu topienia.

E) W obu razach wielkość tegoż *maximum* dochodzi do kilkudziesięciorazowego powiększenia parcia normalnego.

F) *Maximum* trwa 2—3 sekund.

G) Przejście do okresu następnego, końcowego, jest zawsze nagłe.

H) Tętno jest albo drobne, liczne; albo wielkie, rzadkie i powoli po 2—3 minutach, licząc od *maximum*, ustaje.

I) Drgawki zazwyczaj występują tuż przy pojawianiu się *maximum* parcia krwi.

Dział drugi przypadków nagłego topienia stanowią sfigmogramy reprezentowane przez fig. 25 i 26, gdzie parcie szybko i wysoko się wznosi. Istnieje wprawdzie okres, w którym parcie, pomimo odciętego dowozu powietrza, nie zwiększa się; jest on wszelako zbyt małym, zaledwie 4—5 sekund trwającym. Szczegóły tych sfigmogramów są prawie te same co poprzednich, w jednym tylko punkcie występuje różnica wybitniejsza, a mianowicie, że

K) Wielkość *maximum* parcia w tych przypadkach jest prawie o połowę mniejszą.

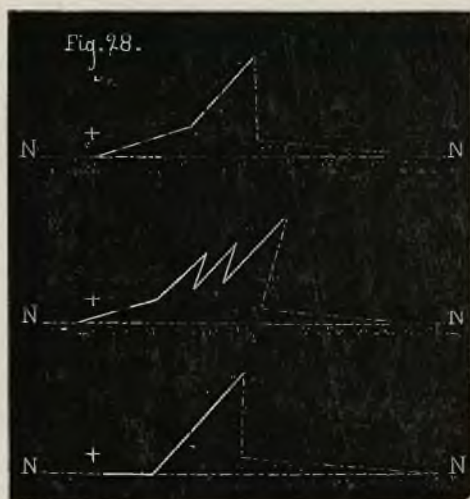
O wypadkach otrzymanych po topieniu powolném nie mamy nic osobliwszego do powiedzenia. Wspomnieliśmy o nich powyżéj, zwracając przytém uwagę na podobieństwo tych obrazów z innemi.

Chcąc szematycznie uzmysłowić zachowanie się parcia krwi przy topieniu podajemy następujące szkice: (Fig. 28).

Znak + wskazuje chwilę odcięcia odpływu powietrza. Linija oznaczona kropkami odpowiada drugiéj połowie aktu topienia.

Nie wdajemy się na tém miejscu w szczegółowe drobiazgowe zestawienie wniosków, jakie mimowoli nasunąć się muszą, zestawiając te szemata z szematami parcia krwi przy dławieniu. Na jedną jednak okoliczność chciałbym zwrócić uwagę, a mianowicie, że tak długiego okresu braku reakcyi co do parcia krwi, jakie widzimy przy topieniu, nie zauważamy na szkicach odnoszących się do dławienia; czyli że

przy tém ostatniém parcie krwi daleko szybciéj wzrasta niż po topieniu; daléj znów że wielkość bezwzględna parcia krwi jest znaczniejszą przy topieniu, aniżeli przy dławieniu. Niemniéj uderzającą jest



rzeczą znachodzenie się na linii krzywéj, w przypadkach topienia, licznych i silnych wahań, których na sfigmogramach dławienia wcale nie dostrzegamy. Różnica ta jest zbyt uderzającą, iżby milczeniem mogła być pominiętą. Że wahania te są wyrazem zwiększającego się i zmniejszającego się chwilowo parcia krwi, sądzę, że nikt nie wątpi i wskazują nam to fazy akcyi serca. Wyrażając się ogólniéj możemy na téj podstawie wypowiedzieć twierdzenie dość ważne, z którém dotąd nigdzie się nie spotkałem, że akcyja serca wśród dławienia przedstawia obraz jednostajnego, ciągłego, tonicznego skurczu (kurczu), gdy przeciwnie kurcz kloniczny (przerywany) cechuje akcyje serca wśród topienia.

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Sudiejkin: **O winianie chinolinowym.**

Usiłowania lekarzy ku wynalezieniu środka tańszego od chininu, lecz niemniéj dzielnego, nie ustają. Niestety wszystkie w ostatnich latach proponowane środki zastępcze, jak nastój jodowy, kwas salicylowy, karbolowy itd. nie zdołały strącić chininu z naczelnego miejsca, jakie zajął w leczeniu chorób gorączkowych. Dr. Sudiejkin przedsięwziął szereg doświadczeń na zwierzętach i ludziach, które uskutecznił w klinice charkowskiéj prof. Łaszkiewicza, i w celu wyjaśnienia fizyjologicznego działania chinolinu, i w formie tymczasowego uwiadomienia podaje w Nrach 29 i 30 *Wracza* wyniki z pierwszéj części swych doświadczeń, tj. z doświadczeń na zwierzętach; są one następujące:

1) Chinolin należy de środków działających trująco na organizm zwierzęcy.

2) Działanie chinolinu najwybitniéj występuje na ośrodki mózgowe, głównie na rdzeń przedłużony.

3) Wpływ chinolinu na ośrodek oddechowy jest niewątpliwym.

4) Porażająco działa on na ruchowe ośrodki serca.

5) Znacznie obniża ciepłotę ciała.

Dr. Sudiejkin zapowiada ogłoszenie w krótkim czasie doświadczeń dotyczących terapeutycznego użycia chinolinu.

Dr. Kwaśnicki.

Dr. L. Hoffer: **O zmianach ilości ciałek krwi czerwonych pod wpływem wstrzykiwań podskórnych jodoformu.**

Odkąd przyrząd Malasseza dostał się do rąk klinicystów, starano się niejednokrotnie oznaczać zmiany ilości ciałek krwi pod wpływem różnych leków; tym żmudnym badaniom zawdzięczamy wyświecenie w ostatnich czasach niejednéj kwestyi ważnéj dla nauki i praktyki. Prace podjęte w tym kierunku przez Rabuteau, Gowersa, Cutlera i Bradforta zgodnie wykazały zwiększanie się ilości ciałek krwi czerwonych pod wpływem używania żelaza; chinin ma zmniejszać nieznacznie ilość czerwonych, a powiększać ilość białych ciałek, gdy środki czyszczące powiększają zdaniem Brouardela ilość ciałek czerwonych dosyć znacznie. Najbardziéj zajmującemi są doświadczenia Wilbuszewicza (*De l'influence des preparations mercurielles sur la richesse du sang en globules rouges et en globules blancs, Arch. de Phys. norm. et Pathol.* 1874), który doświadczeniami czynionemi już to na chorych dotkniętych kiłą, już też to na królikach wykazał, że wśród leczenia przetworami rtęciowemi rozróżnić można dwa okresy, w pierwszym okresie ilość czerwonych ciałek krwi pierwotnie zmniejszona wzmaga się do pewnego czasu, poczém zaczyna ubywać. Zdaniem tego autora w czasie gdy ilość ciałek krwi czerwonych dosięgła maximum, należy zaprzestać podawania rtęci, gdyż wtedy występuje na jaw jéj zgubny wpływ na organizm, za czém zresztą przemawiają doświadczenia czynione na zdrowych królikach.

Wyniki tych doświadczeń skłoniły autora do badania w tym kierunku przetworów jodu; gdyż dotąd nikt nie czynił poszukiwań nad wpływem przetworów jodowych na ilość ciałek krwi czerwonych. Nie przechodząc szczegółowo szeregu doświadczeń przedsiębranych na królikach, którym wstrzykiwano pod skórę po 10—20 do 50cm. jodoformu w zawiesinie, podajemy ich ostateczny wynik: 1) dawki jodoformu sprawiały u królików hypoglobuliję (zmniejszenie ilości ciałek czerwonych). 2) W miarę wielkości dawki zwiększała się hypoglobulija a 3) ustępowała po zaprzestaniu podawania jodoformu.

Przeciwnie u dwóch chorych z objawami kiły trzeciorzędnéj spostrzegł autor zwiększanie się ilości ciałek krwi czerwonych pod wpływem podawania jodoformu, ale to trwało tylko do pewnego czasu, poczém doszedłszy do liczby prawidłowéj zaczęła ta ilość ubywać wśród dalszego leczenia wstrzykiwaniami jodoformu. Na podstawie tych dwóch przypadków twierdzi autor, że 1) jodoform stosowany przez kilka tygodni podskórnie u chorych dotkniętych kiłą sprawia zwiększenie ilości krwi czerwonych i usuwa tém samém hypoglobuliję właściwą zakażeniu kiłowemu; 2) dłużéj stosowany sprowadza jodoform hypoglobuliję, którą należy przypisać trującemu działaniu jodoformu i można ją dokładnie śledzić licząc ciałka krwi od czasu do czasu. (*Wiener mediz. Wochenschrift*, Nr. 28, 1882). *J. Schaitter.*

Prof. Kaulich: **Leczenie błonicy.**

Pomimo długiego szeregu leków używanych w błonicy trudno znaleść środek, któremuby zaufać można a specyfików wiele spleśniało w aptekarskich składach. Z postępem nauki jednak przychodzimy zwolna pewniéj do celu, gdyż gruntowna znajomość istoty choroby stanowi dzisiaj podstawę leczenia. W ten też sposób podaje nam autor swoje spostrzeżenia nad użytym przez siebie środkiem do leczenia błonicy.

Korzystając z doświadczenia Dra Kocha, który wyka-

zał, że nawet bardzo rozcieńczony roztwór sublimatu wstrzymuje rozwój prątków, postanowił K. stwierdzić pożytek tego środka w leczeniu błonicy. Autor nie przypisuje sublimatowi możności doszczętnego wyleczenia błonicy; zakres działania stanowi niszczenie prątków wywołujących chorobę, a tém samém zapobieżenie szerzeniu się choroby. Sposób postępowania polega na zewnętrznem i wewnętrznem użyciu sublimatu. Do pędzlowania wypociny błonicowéj jamy ust, przełyku i błony śluzowéj nosa, używa autor rozczynu 0·05 do 0·10 na 100 grm. wody, pędzlowanie zaś uskutecznia dużym miękkim pędzlem, począwszy od 4ch razy dziennie powtarza je w miarę potrzeby i co 2 godziny. Do pędzlowania rany po tracheotomii służy rozczyn 0·02:100, do wymywania tchawicy 0·05:100, do wziewania 0·005:1000 grm. Wziewanie poleca się w miarę potrzeby po parę razy dziennie, a nawet i co godzina po 15 minut.— Wewnętrznie podaje się dzieciom sublimatu w stosunku 0·01:100, starszym 0·02:100, do użycia w przeciągu 36—24 godzin. W celu uchronienia błony śluzowéj żołądka od silniejszego podrażnienia uciera się sublimat ze żółtkiem, do tego zaś dodaje syrupu i nieco konijaku.— Nie będąc zwolennikiem mechanicznego oddzielania błon, a pragnąc je jak najprędzéj usunąć użył autor ciepła, jako dopełnienia swojego sposobu leczenia; przekonał się bowiem, że ogrzewając silnie szyję pobudza się czynność zdrowéj jeszcze tkaniny, wywołuje silniejsze wydzielanie narządów gruczołowych, a tém samém uzyskuje rozpulchnienie i oddzielenie wypociny. W tym celu użył autor regulatora ciepła, pomysłu Leitera. Obwinąwszy szyję gorącą wilgotną przykładką zakłada zgięte w formie krawata metalowe rury, pokrywa je z wierzchu szczelnie i za pomocą $1\frac{1}{2}$ metrowéj rury gumowéj łączy z przyrządem do ogrzewania. Doświadczenia wykazały, że do osiągnięcia 38° C. w krawacie długości 1go metra trzeba mieć w przyrządzie cieplotę 41°C., przy długości $1\frac{1}{2}$ metra 43° C. a przy dwumetrowéj długości metalowéj rury 44° C. Przy ustawicznem ogrzewaniu może cieplota dochodzić do 50 C. a nawet i 60 C., chorzy zaś znoszą ją bez przykrości. Autor przytacza 9 przypadków w ten sposób leczonéj błonicy. We wszystkich zdawało się, że tracheotomija nieunikniona, mimo tego 2 razy obeszło się bez operacyi. Z tych 9, przeważnie groźnych, przypadków umarło 2, co stanowi 22·22% śmiertelności, podczas gdy śmiertelność średnia w błonicy znacznie większa. Dwa przypadki śmierci na 7 tracheotomowanych stanowi 28·57% a tutaj również śmiertelność średnia daleko wyższa.

W celu wykazania statystycznéj różnicy w leczeniu innemi środkami przytacza autor, że w tym samym czasie leczono jeszcze 8 przypadków błonicy, u chorych, którzy w tych samych warunkach zostawali. Z tych zaś 8 chorych umarło 5, a więc 62·5%, u 5 z tych chorych trzeba było wykonać tracheotomiję, któréj żaden nie przeżył a więc 100% śmiertelności.

Przypisując więc temu sposobowi leczenia tak świetne skutki wzywa autor do dalszych w tym względzie doświadczeń, zalecając ile możności wczesne i wytrwałe leczenie. (Odbitka z *„Prager med. Woch.* Nr. 19). *Dr. Murdzieński.*

Buchanan Baxter (Londyn): **Przypadek kurczów drgawkowych m. brzusznego prostego z objawami, wskazującemi siedlisko przyczyny chorobowéj w czaszce.**

U kobiety 35-letniéj, od 2 lat zamężnéj, rozwinęły się we wrześniu 1877 po gwałtownem wzruszeniu następujące objawy: 1) Ból głowy gwałtowny, prawie codzienny. Rozpoczynał on się u nasady nosa i zwolna przechodził ku tyłogłowiu. Na lewéj połowie kości tyłogłowowéj ograniczone miejsce za dotykiem bolesne. Prócz tego bólu napady migreny co 2 lub 3 tygodnie. 2) Nadzwyczaj silne kurcze drgawkowe mięśnia brzusznego prostego po stronie lewéj. Kurcze te udzielają się czasami także mięśniom piersiowym tak, że od czasu do czasu cała lewa połowa ciała ulega wstrząśnieniu. Na szczycie napadu występuje na czole i brodzie plamisty rumień *(erythema)*, rozprzestrzeniający się następnie na całą twarz i szyję. Niekiedy, jeżeli paroksyzm trwa dłużéj, przyłączają się do niego śmiech i płacz kurczowy. Napad trwa rozmaicie, od 10 minut do kilku godzin. Jeżeli napad trwa dłużéj, chora, skutkiem wyczerpania sił, zapada w sen, w czasie którego kurcze, choć słabiéj znacznie, daléj trwają. 3) Z nosa wypływa ciecz śluzowo-ropna, czasem cuchnąca. Badanie rynoskopijne nie wykazało żadnego cierpienia kości. Zęby szczęki górnéj bardzo popsute, dziąsła bardzo łatwo ulegają owrzodzeniom.—Chora nie robi wrażenia hysteryczki. Nie ma nigdzie anestezyi lub hyperstezyi, jak również nie ma bolesności w okolicy jajników. Zmysły powonienia i smaku prawidłowe. Mierne zapalenie nerwu wzrokowego obu ócz. Gruczoł tarczykowy jednostajnie przerosły. Tętno 104, regularne. W sercu, płucach i nerkach zmian żadnych. Poszukiwania za kiłą tak u pacyjentki jak i jéj męża dały wyniki ujemne. Również leczenie antysyfilityczne było bez skutku. Wygląd i odżywienie dobre. Pacyjentka pozostawała w obserwacyi autora od listopada 1879 przez rok cały. W ostatnich czasach wystąpiły bóle nerwowe w różnych miejscach, chora dostała wymiotów częstych, i znacznie schudła. Pośród tych objawów umarła pacyjentka w styczniu 1381. Nekroskopija, ograniczająca się tylko do otworzenia czaszki, nie wykazała, ku zdziwieniu autora, żadnych zmian ani w mózgu ani w jego osłonach. Również nie znaleziono żadnych zmian w *cavum sphenoidale et ethmoideum. (Centralblatt f. Nervenheilkunde u. Psychiatrie* 1882, Nr. 8, str. 197). *Dr. Kopff.*

Henke: **W kwestyi leczenia złamań uda u małych dzieci.**

Leczenie złamań kości udowéj u małych dzieci napotyka na znaczne trudności z powodu, że noworodki przynoszą ze sobą na świat skłonność trzymania uda w położeniu zagiętém. Jeżeli więc na złamane udo noworodka, zwłaszcza jeżeli złamanie znajduje się w górnéj trzeciéj części, założymy opatrunek gipsowy lub przyrząd wyciągający przy wyprostowaném udzie, natenczas zagojenie się kości nastaje prawie zawsze pod kątem wypukłością zwróconym ku przodowi, a to z powodu, że odłamek górny kości w skutek przewagi mięśnia lędźwiowego zostaje pociągany ku górze i przodowi.

W celu uniknięcia tego zboczenia zakładano na noworodków przy wysokiém złamaniu uda przyrządy wyciągające odnogę przy pionowém jéj ułożeniu. Wyniki przy tym sposobie leczenia są znacznie lepsze, lecz pielęgnowanie dziecka i utrzymanie należytéj czystości napotyka na bardzo znaczne trudności. W celu usunięcia tych niedogodności poleca Henke następujący przyrząd: Po wyścieleniu pachwiny cienką warstwą waty zagina się złamane udo tak mocno, aby przednia jego powierzchnia przylegała do przedniéj bocznéj ściany brzucha i ustala się je w tém położeniu za pomocą dwóch szerokich pasków przylepca. Do unieruchomienia podudzia służy szyna klinowa, składająca się z dwóch deszczułek 8 cm. długich, a 4 cm. szerokich, połączonych ze sobą stale mniéj więcéj pod kątem 30 stopni. Wierzchołek tego kąta umieszcza się w dobrze wywatowanym dołku

kolanowym i całą szynę utwierdza się za pomocą pasków przylepca na udzie, kolanie i podudziu.

Przyrząd taki dobrze założony może z małemi zmianami leżeć czas dostatecznie długi, pielęgnowanie i odżywianie dziecka jest zupełnie swobodne a wyniki leczenia mają być według doświadczenia Henkego zupełnie zadowalające *(Berl. klin. Wochenschrift* 1882). *Dr. Schramm.*

Gałęzowski: **Wstrzykiwania podskórne sinku rtęciowego w chorobach syfilitycznych oka.**

Zdaniem autora najdzielniejszym lekiem w chorobach oczu na tle syfilityczném okazały się wcierania rtęciowe. W niektórych jednak formach kiłowego zapalenia naczyniówki, oraz nerwu wzrokowego z następowym rozwijającym się zanikiem tarczy nerwu wzrokowego, wcierania rtęciowe są bez skutku. Z tego powodu autor robił próby nad działaniem w takich przypadkach sinku rtęciowego. Lek ten stósował Gałęzowski podskórnie po 5 do 10 mgrm. Po użyciu takich dawek nie występowały nigdy objawy miejscowego zadrażnienia lub otrucia. Dotąd zrobił autor u siedmiu chorych ogółem 234 wstrzykiwań. Skutki były zwykle świetne, szczególniéj w przypadkach kiłowego zapalenia tęczówki. W tém ostatniém cierpieniu wyleczenie następowało po 5 do 10 wstrzykiwaniach. Również autor otrzymywał świetne wyniki, stosując ten lek w zapaleniu naczyniówki, siatkówki i nerwu wzrokowego na tle kiłowém. I w jednym przypadku zaniku tarczy nerwu wzrokowego lek ten okazał się skutecznym, mimo że różne inne metody lecznicze stósowano przed tém z wynikiem ujemnym. Pole widzenia pacyjenta znacznie się zwiększyło. (*Progrès médical* 1882, Nr. 15). *Dr. K.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) **Jodoform w suchotach płucnych** ma podług prof. Semmoli i innych lekarzy włoskich być skutecznym. Dr. Semmola nie przypisuje jodoformowi własności środka swoistego przeciw gruźlicy, lecz sądzi, że suchotnicy i astmatycy doznają wielkiéj ulgi po zastosowaniu tego leku, gdyż ma on zmniejszać plwocinę, obniżać ciepłotę, poprawiać stan ogólny chorych itd. Dawka, w miarę znoszenia, waha się między 0,05 a 0,5 dziennie (w pigułkach), zaczynając od dawek najmniejszych, które stopniowo zwiększać należy. Jeśli chory nie znosi jodoformu wewnętrznie podanego, stosuje się go w wdychaniach 3—4 razy dziennie, i w tym celu rozpuszcza się jodoform w olejku terpentynowym. *(Allg. Wiener. Med. Ztg.* z 25 lipca).

(A. K.) **Przyżeganie ścian jam płucnych termokauterem** wykonał u dwóch chorych w klinice Leydena Dr. Koch z Dorpatu. Pierwszy przypadek dotyczy 24-letniego mężczyzny, u którego Koch wykonał trzyrazowe przyżeganie: pierwsze d. 26 czerwca br., po wycięciu kawałka 6go prawego żebra, wprowadził stopniowo K. żegadło do wnętrza płuca, i otworzył jamę wielkości pięści dziecka; po operacyi nie nastąpił odczyn, ilość wykrztusin na dobę zmniejszyła się z 400 na 120 sz. cc. Drugie przyżeganie miało miejsce 30 czerwca, po wycięciu kawałka ósmego żebra, żegadło wprowadzono do dolnego płata płuca na 14 cm. kierując na wewnątrz i ku dołowi. Trzeci raz tę operacyję wykonał K. 11 sierpnia, przez nacięcie na wewnątrz i ku dołowi od kąta łopatki, przyczém otworzył operator ognisko zgorzelinowe. Chory ten ma się wcale nie źle. Drugi przypadek dotyczy suchotnicy, któréj K. wyciął 4-calowy kawałek 6go żebra, a następnie wprowadził żegadło do jam płucnych, z których jedna była wielkości pięści, a druga główki dziecka. Jamy wypłukane rozczynem tymolu i octanu glinowego. Wykrztuszanie ustało, miejsca przyżegane pokryły się ziarniną; chora ta jednak umarła w skutek zakażenia krwi od sprawy ropnéj, na którą cierpiała już przed operacyją. *(D. med. Wochenschrift,* Nr. 32).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie galicyjskie. Sekcyja lwowska.

Posiedzenie z dnia 20go maja 1882.

Przewodniczący Dr. Rożański. Członków obecnych 25.

I. Po odczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia .

II. Dr. Widmann wykłada o papainie, okazując różne jéj preparaty, tudzież demonstrując oddziaływania chemiczne tak papainy jak i otrzymanych nią peptonów. Wykład w całości umieszczony następnie w „Kosmosie“ lwowskim z rb. (str. 161). Najważniejsze zaś części wykładu są w skróceniu następujące:

1) Papajotyna (wedle Peckolta) lub papaina (wedle Wurtza) jest to proszek suchy, barwy białéj, która atoli, wpada nieco w szaro-żółtawą, smaku mdłego, papkowatego. Otrzymujemy go za pomocą strącenia wyskokiem z rozczynu wodnego soku (szczególniéj z owoców) rośliny południowo-amerykańskiéj, zwanéj drzewem melonowém *(Carica-Papaya L.).* Skład chemiczny przetworu niestały, zawiera bowiem C42.21—52.36, H6.28 —7.37, N15.17—16·94, popiołu 2·20—2·61. Oddziaływanie jego chemiczne jest (wedle Wurtza) następujące: W wodzie rozpuszcza się łatwo, pływając naprzód po jéj powierzchni, i zachowując się podobnie jak guma. Rozczyn wodny zakłócony pieni się, zagotowany zaś mąci się. Również mąci się przy dłuższém staniu. Kwas chlorowodowy daje osad, rozpuszczalny w nadmiarze tegoż kwasu. Mała ilość kwasu azotowego daje osad obłoczkowaty, barwy żółtawéj, który się w nadmiarze kwasu rozpuszcza. Kwas fosforowy zwykły i kwas octowy nie dają osadu, natomiast kwas metafosforowy daje osad obfity. Sinek potasu z kwasem octowym daje osad. Sublimat nie daje zrazu osadu lub tylko lekkie zmącenie, po dłuższém atoli staniu tworzy się osad, po zagotowaniu zaś obfite obłoczki. Octan ołowiowy nie daje osadu lub tylko lekkie zmącenie rozpuszczalne w nadmiarze odczynnika. Po dodaniu atoli ługu potasowego w nadmiarze i ogrzaniu, płyn się czerni, wytwarzając siarczek ołowiu. Siarkan miedziowy daje osad fijołkowy, po zagotowaniu niebieski, rozpuszczalny w ługu potasowym barwą niebieską. Chlorek platyny daje obfity osad, również kwas garbnikowy. Kwas pikrynowy daje obfity osad, w nadmiarze kwasu nierozpuszczalny. Odczynnik Millona daje obfity osad biało-żółtawy, po lekkiém ogrzaniu różowy. Są to więc oddziaływania istoty białkowatéj, z wyjątkiem reakcyi na sublimat i octan ołowiowy.

Co do własności papainy fizyjologicznych, to wedle badań Wurtza rozpuszcza ona czyli peptonizuje mięso, włóknik, białko gotowane, ścina zrazu mleko, późniéj rozpuszcza sernik, również błony krupowe i dyfteryczne, niemniéj glisty i tasiemce w ciągu paru godzin. Wstrzyknięta w raka (czego dokonał 3 razy Bouchut) zamienia go w ropień. Działaniem więc swém na istoty białkowate zbliża się papaina do fermentu otrzymanego z trzustki, a nazwanego przez Kuehnego trypsyną. I ta bowiem jest raczéj istotą białkowatą, co ją różni od pepsyny.

2) Z rodzajów papainy, badanych przez prelegenta jedynie papaina od droguisty Merka z Darmstadtu okazała się prawdziwą, papainy zaś Drezdeńska od Gehego tudzież Berlińska z „*Grüne Apotheke*“ są tylko roztartym sokiem suchym drzewa melonowego z domieszką 50% skrobi. Pierwsza więc nie bez powodu jest 10 razy droższą.

3) Z mięsa (wołowego równie jak cielęcego i wieprzowego) surowego, tylko sparzonego (gdyż włóknik suchy lepiéj się trawi) prelegent za pomocą papainy otrzymywał w ciągu doby około 30—31% peptonu, z mięsa zaś wygotowanego (pozbawionego tłuszczów i wymytego z soli) tylko 17%.

4) Przy próbach porównawczych prelegenta 0·5 pepsyny (Wittego), nalanéj na 20·7 mięsa wołowego, pokrajanego i sparzonego zdołało w ciągu 6 godzin przy ciepłocie 50°C. zmie-

nić ledwo 0·65 mięsa na pepton, zaś taka sama ilość papainy strawiła w tych samych warunkach z pośród téj saméj ilości mięsa 5·22.

5) Na zasadzie powyższych danych prelegent sądzi, że papaina odegra w medycynie ważną rolę, skoro tylko obecna jéj wysoka cena się zniży (1grm. kosztuje 5 złr.)

III. Przewodniczący wprowadza drugi z kolei przedmiot na porządek dzienny. Wiadomo, że lekarz Mnichowski Dr. Buchner ogłosił w r. z. [1]) wielkiéj doniosłości naukę, iż niewinny prątek nikły zwany także dla swego pochodzenia siennym (*baccillus subtilis*) może, stosownie hodowany, przeistoczyć się w pewnéj liczbie generacyj na groźnego prątka wąglikowego (*bacillus anthracis*) i na odwrót. Zdobycz powyższa otwierała epidemijologii szeroki horyzont, wskazywała bowiem, jakim sposobem powstawać mogą przyrzuty chorobowe w korzystnych dla siebie warunkach, a ginąć w przeciwnych, i wyjaśniała wybuchy chorób zaraźliwych. Tymczasem faktom, podanym przez Buchnera, nie waha się zaprzeczać stanowczo inny badacz p. Adam Prażmowski, znany zaszczytnie autor niemieckiéj monografii pt. *Untersuchungen über die Entwickelung einiger Bacterienarten*, w któréj opisał szczegółowo i odrysował dokładnie całkowitą historyję rozwoju pięciu rodzajów dwoinek (*bacillus subtilis, bacillus ulna, vibrio rugula, clostrydium butyricum, clostrydium polymyxa*). Zaprosił go więc mowca, aby w dalszym ciągu wykładów o dwoinkach, rozpoczętych na przeszłém posiedzeniu przez doc. Dra Kamieńskiego, raczył przed zgromadzeniem rozwinąć zarzuty, jakie podnosi przeciw nauce Buchnera.

IV. P. Prażmowski, przedstawiony zgromadzeniu, zabiera głos i w dłuższym wykładzie, popartym rysunkami na tablicy, a następnie objaśnionym za pomocą zbioru preparatów drobnowidowych, tłumaczy, dla czego doświadczenia Dra B. uważać musi za błędne, opierając się głównie na znanéj sobie dobrze historyi rozwoju, która jest wcale różną u prątka siennego a u prątka wąglikowego. Prelegent mniema, że chyba kultury Dra B. były nieczyste, inaczéj bowiem nie może sobie wyobrazić wyników, do jakich ten badacz doszedł. (Przedmiot wykładu ma być ogłoszonym szczegółowo w rocznikach Akademii umiejętności krakowskiéj). *Dr. Dyhdalewicz.*

V. Listy z Warszawy.

I.

Najważniejszą kwestyją, zajmującą obecnie u nas umysły a zwłaszcza w kołach lekarskich, stanowią przytułki dla rodzących, które mają być otwarte d. 1/13 października rb. Z ogólnéj liczby 14,000 rodzących w Warszawie zaledwo 3% kobiet rodzi w zakładach publicznych. Mnóstwo ubogich kobiet, nie mogących w swoim domu chorobę połogową przebyć, załatwia się w najohydniejszych pomieszkaniach 3-rzędnych akuszerek, które wyzyskują te biedne kobiety, biorą na utrzymanie niby dzieci, a matki stręczą za mamki. Jeżeli kobieta rodząca jest młoda i zdrowa, to osoby potrzebujące mamek nie szczędzą grosza i płacą olbrzymie rachunki, niby długi zaciągnięte przez rodzące za pomoc udzieloną w czasie porodu, za karmienie dziecka itd. Z dziećmi takiemi szybko takie panie się załatwiają, gdyż oddają je powoli na pastwę śmierci głodowéj. Skandaliczne procesy przeciwko akuszerkom wytoczone w ostatnich czasach wykazały straszne zbrodnie w tym kierunku. Akuszerki takie skazane były na kilka lat więzienia, ale to bynajmniéj złemu nie zaradziło. Całe to ohydne frymarczenie życiem ludzkiém trwa dotychczas w całéj sile. Lekarze warszawscy znają dobrze te legowiska, w których na nędznym tapczanie, na lichym sienniku, prawie bez bielizny leży biedna rodząca, a w małym ciemnym pokoju takich tapczanów mnóstwo. Za takie pomieszczenie i niby pomoc akuszeryjną płacimy ogromne pieniądze. Przytułki dla rodzących, których pięć będzie otwartych d. 13go października, mają temu w części zaradzić.

Przytułki takie rozmieszczone w najrozmaitszych dzielnicach miasta, zamieszkałych przez najuboższą klasę ludności miejskiéj, zawierać będą każdy po 4 łóżka i każdy dawać będzie przytułek średnio 120 rodzącym rocznie. Warunki higijeniczne w takim przytułku mogą być bardzo dobre. Trzy czy cztery pokoje, w których nie będzie ani studentów, z ich trupiemi zanieczyszczeniami, ani uczennic akuszerek, łatwo utrzymać w odpowiednim porządku i czystości. W razie gdyby gorączka połogowa się pokazała w którym z nich, nic łatwiejszego jak lokal cały zamknąć i w téj chwili do innego się przenieść. W jednym pokoju stanie łóżko porodowe, a w drugim trzy łóżka dla położnic, trzeci przeznaczony będzie dla stałéj akuszerki, a w czwartym i w kuchni pomieszczoną będzie część gospodarska.

Koszta utrzymania takiego przytułku obliczono na 1800 rsr. rocznie. Każdy z nich będzie miał oddzielnego akuszera, który pobierać będzie 300 rsr. rocznie i będzie miał główny nadzór, bo z porodami dużo zajęcia mieć nie będzie. Ze 120 porodów rocznie ledwo parę może być nieprawidłowych.

Miasto wyznaczyło 9000 rubli rocznie na 5 takich przytułków, ale dopiero od 1go stycznia r. przyszłego. Dla tego żeby można było od 13go października je otworzyć, p. St. Kronenberg ofiarował 10.000 rubli jednorazowo, a oprócz tego zobowiązał się opędzać koszta prowadzenia jednego takiego przytułku; będzie to zatém 6ty przytułek. Jeden z nich istnieć będzie na Pradze a jeden na Muranowie w dzielnicy żydowskiéj i przeznaczony będzie wyłącznie dla żydówek. Dodawać nie potrzebuję, iż rodzące przyjmowane tam będą bez żadnéj kwalifikacyi i nic płacić nie będą.

Kwestyi nie ulega, iż z początku, nim publiczność przyzwyczai się do tych przytułków, nie będą one zapełnione, ale powoli przynosić one będą ogromne usługi, a mniéj uczęszczany będzie nasz Instytut położniczy, który w ostatnich czasach wielkie skargi i narzekania na siebie ściągnął. W rzeczy saméj gmach ten kwalifikuje się do rozebrania, gdyż nie odpowiada najskromniejszym wymaganiom, a śmiertelność 9% jest prawdziwie kolosalna. Prawda że do takiego Instytutu przywożą mnóstwo rodzących zaniedbanych, nietylko z Warszawy ale i z prowincyi, co przyczynia się nie mało do podwyższenia procentu śmiertelności, ale nawet i to biorąc w rachubę, śmiertelność powyższa jest zbyt wysoka.

Oprócz powyższych przytułków powstaje w Warszawie jeszcze jeden zakład położniczy prywatny z celem dobroczynnym na łóżek 12. Dr. Horoch jest jego założycielem a jeden z magnatów polskich ofiaruje na to pieniądze. Rodzące podzielone tu będą na 2 kategoryje, jedne płacić będą po 30 kop. dziennie a drugie po 3 rs. dziennie, te ostatnie pomieszczone będą w oddzielnych pokojach.

Tyle zrobiono dla biednych kobiet rodzących. Niemniéj ważną jest opieka nad ciężarnemi w ostatnich miesiącach ciąży. Kobiety takie najczęściéj niezamężne, nieraz ofiary smutnego dla siebie zbiegu okoliczności, znajdują się w prawdziwie rozpaczliwém położeniu. Do służby nikt ich przyjąć nie chce, do ciężkiéj pracy nie są zdolne, a ponieważ uważane są za zdrowe, więc szpitale są dla nich zam-

[1]) P. wykład jego, miany w Tow. Lek. Mnichowskiém pod tyt. *Ueber die Wirkungen der Spaltpilze im lebenden Körper*, ogłoszony w zbiorze wykładów pod wspólną nazwą: *Zur Etnologie der Infectionskrankheiten mit besonderer Berücksichtigung der Pilztheorie.* München, 1881.

knięte. Otóż kółko dam dobroczynnych ułożyło ustawę stowarzyszenia opieki nad ciężarnemi i takową do zatwierdzenia wyższéj władzy posłało.

Drugą, także ważną w naszym świecie lekarskim wiadomością jest mające wkrótce nastąpić otwarcie nowego szpitala t. zw. rezerwowego. Ilość miejsc w naszych szpitalach jest w wysokim stopniu niewystarczającą. Ludność podwoiła się od lat 12, a szpital ani jeden nowy nie stanął. Konieczném tego następstwem jest przepełnienie szpitali, zwłaszcza w miesiącach zimowych. Ciężko chorego, znalezionego na miejscu publiczném lub niemającego odpowiedniego dla siebie pomieszczenia, bardzo często wożą od jednego szpitala do drugiego, a nigdzie przyjąć go nie chcą. W szpitalach naszych żadnych sal izolacyjnych niema, tak chorzy na ospę, tyfus, błonicę, operowani, nieuleczalni, dotknięci wrzodami na nogach, (których jest masa) itd., leżą obok siebie i zdarza się nieraz, iż rekonwalescent po zapaleniu płuc zaraża się od swojego sąsiada tyfusem, ospą lub t. p. Szpital rezerwowy ma temu złemu zaradzić i przyjmować będzie przeważnie chorych gorączkowych zaraźliwych, których odpowiednio traktować i izolować będzie. Miejscowość wybrana dosyć szczęśliwie, za miastem, za t. zw. Wolską rogatką w posesyi dawnéj Ohma. Istniejący tam dom, otoczony obszernym ogrodem, przerabia się obecnie i 13go listopada oddany będzie do użytku publicznego. Chwilowo znajdzie tam pomieszczenie koło 100 chorych, ale jest zamiar z czasem szpital ten powiększyć i doprowadzić do 200 chorych.

Lecznice dla niezamożnych chorych powstają u nas jak grzyby po deszczu. Są to niby dobroczynne instytucyje, jak tego nazwa dowodzi, gdyż za darmo, za 25 kop. lub 40 kop., udziela chorym poradę, wskazuje apteki, w których za niższą ceną lekarstwa wydają i inne robi udogodnienia. Rzecz w zasadzie jest nie zła, ale sposób wprowadzenia w czyn téj niby dobroczynnéj myśli pozostawia wiele do życzenia; zbyt wielka ilość takich lecznic wpływa stanowczo ujemnie na praktykę lekarską w mieście. Lekarze, którzy się tak tłumnie do owych lecznic cisną, nie mają bynajmniéj żadnych filantropijnych celów na myśli, ale tylko uczęszczają do lecznicy dla tego, żeby ich nazwiska dwa lub trzy razy na tydzień figurowały w ogłoszeniach. Traktują téż odpowiednio swoich pacyjentów, rzadko kiedy przybywają na oznaczoną godzinę, spaźniając się o całą nieraz godzinę. Często nie przychodzą wcale, chociaż ustawa nakłada za to karę pieniężną. Wielu z nich po 4 miesiące i dłużéj nie bywa wcale w lecznicy, z powodu iż w Warszawie ich wcale nie ma, a pomimo to w ogłoszeniach figurują stale. Inni znowu namawiają swoich chorych, żeby lepiéj do nich do domu przyszli, gdyż tam dokładniéj mogą ich wyegzaminować, a w domu oczywiście pacyjenci czują się w obowiązku drożéj płacić. Zdarzały się téż przypadki, iż chorzy wpadli w ręce i leczeni byli całe miesiące przez niewłaściwych specyjalistów, tak np. raka, kwalifikującego się do operacyi, okulista traktował miksturami i maściami obojętnemi itd. Nie ma się co dziwić, że młodzi lekarze starający się o praktykę, pragną się dać poznać publiczności przez forsowne ogłaszania, które zresztą nikomu, właściwie mówiąc, ujmy nie przynoszą, ale cóż powiecie na to, że lekarze mający po dwadzieścia lat praktyki za sobą chętnie obecnie w poczet lekarzy lecznicowych się zapisują! Jakie mają w tém widoki, jaki cel, pojąć trudno.

Najwięcéj pacyjentów lecznicowych udaje się po poradę do specyjalistów, a z pośród tych najwięcéj do czynienia mają syfilidologowie.

Obecnie mamy takich lecznic w mieście (licząc bezpłatną lecznicę czerwonego krzyża) aż siedm, a wkrótce otwartą będzie 8ma. Z tych dwie udzielają bezpłatnie porady, jedna każe sobie płacić po 40 kop. (najdawniejsza na ulicy Niecałéj, w gmachu Tow. Lekarskiego) a pozostałe po 25 kop. za poradę.

Jaki wpływ lecznice te wywierają na wykonywanie praktyki lekarskiéj w mieście, jaką krzywdę zwłaszcza młodszym mniejszym rozgłosem cieszącym się kolegom wyrządzają, o tém pomówimy obszerniéj innym razem.

Warszawa d. 16 września 1882. β

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Cholera szerzy się w Tokio, Yokahamie i Kochinchinie; w Jokahamie zachorowało od 26 kwietnia do 1 lipca 182, umarło 101, a wyzdrowiało tylko 19. Dotąd nie zapadali na cholerę Europejczycy. Domy nawiedzone cholerą oznaczają żółtemi napisami a po usunięciu chorych desinfekcyjonują. Na Filipinach panuje cholera nagminnie. Na Manilii, na hiszpańskiéj wyspie Luzon, umarło do 31 sierpnia krajowców 331, Europejczyków 5. Teatry są zamknięte, handel przerwany, majętniejsi opuszczają miasto. W 18 miejscowościach prowincyi umarło 368 osób, pomiędzy tymi konsul amerykański. Na Iloilo (Filipinach) umiera dziennie przeszło 300 osób, w Sumatrze wygasła epidemija. W Hiszpanii zarządzono kwarantanę dla 6 okrętów z Borneo i wysp Filipińskich. W Batawii na Jawie nie przybrała cholera cechy nagminnéj do 14 lipca. Wszystkie okręty przybywające z Batawii, Cheribanu, Protolingo, Betocki, Banjocinas w Singapore, odbywają kwarantanę. Zniesiono kwarantanę dla okrętów przybywających z Batawii pod tym warunkiem, że w ciągu ostatnich dni 10 przed przybyciem nie miały s'yczności z żadnym innym powyż wymienionym portem. Międzynarodowa rada zdrowia w Konstantynopolu uchwaliła, aby każdy okręt z pielgrzymami wpływający z Indyj albo z Jawy odbywał kwarantanę na wyspie Cameran położonéj w zatoce Babel-Mandeb; międzynarodowa rada zdrowia w Aleksandryi zarządziła 10 dniową kwarantanę dla okrętów przybywających z Adenu i Bombayu. Kilka przypadków cholery wydarzyło się w Bombayu, Madrasie i Kalkucie. W Wiedniu uznano jako środki zapobiegające: stałe przepłukiwanie i czyszczenie kanałów, odwietrzanie stanowisk dorożkarskich, nadzór surowszy nad policyją targową i w ogóle zdrowia. I Kraków pod tym względem nie pozostaje w tyle za innemi miastami, bo jak się dowiadujemy Prezydent Dr. Weigel polecił dopilnować czystości placów, ulic, rynsztoków i wychodków publicznych, częstszego wypróżnienia dołów kloacznych, przestrzegania jak najstaranniejszego czystości i porządku w mieszkaniach, podworcach i studniach a niebawem ma wyjść odezwa do mieszkańców z szczegółowemi środkami sanitarnemi, jakich główne właściciele domów przestrzegać winni. Przy téj sposobności może przecież raz doczekamy się zakupna pompy pneumatycznéj do czyszczenia dołów kloacznych a nawet kanałów i przeprowadzenia reformy w naszych pod każdym względem wadliwie urządzonych dołach kloacznych i wychodkach tak w mieście jak i po przedmieściach.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 3—9 września ogólna śmiertelność wzniosła się z 19,8 do 27,5. Z ospy umarło 1 (0 z. t.); z błonicy 2 (0 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z czerwonki 2 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach płonicy, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 27 sierpnia do 2 września zmarło w Londynie z ospy 7. Leczyło się w szpitalach 109, świeżo zapadło 21, W Wiedniu umarło 21, w Budapeszcie 6, w Paryżu 7, w Warszawie 18, w Petersburgu 15, w Madrycie 36, w Lizbonie 10. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 82, leczyło się w szpitalu 962. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie w większych miastach. Biegunka zabierała jeszcze wiele ofiar. W Szwecyi pojawiła się gwałtowna czerwonka. W Rio de Janeiro i w Nowym Orleanie umarło po 1 z febry żółtéj. Z cholery

umarło 4 w Baltimore od 6—12 sierpnia, w Cincinnati 2 od 31 lipca do 5 sierpnia, w Kalkucie 8 od 8—15 lipca, w Bombayu 1 od 23 lipca do 1 sierpnia.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 27 sierpnia do 2 września umarło wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 19,8; we Lwowie 32,4; w Poznaniu 26,6; w Wiedniu 24,3; w Budapeszcie 27,4; w Pradze 25,9; w Tryjeście 31,7; w Berlinie 25,9; w Wrocławiu 32,1; w Gdańsku 30,6; w Mnichowie 24,7; w Dreźnie 27,0; w Lipsku 18,7; w Bazylei 17,9; w Brukseli 24,5; w Amsterdamie 18,0; w Hadze 21,9; w Paryżu 23,4; w Londynie 19,7; w Kopenhadze 27,0; w Stokholmie 30,9; w Chrystyjanii 25,2; w Petersburgu 39,6; w Odesie 42,6; w Rzymie 22,7; w Wenecyi 34,2; w Bukareszcie 28,1; w Madrycie 40,9; w Lizbonie 27,7; w Nowym Yorku 34,7; w Filadelfii 23,4; w Bombayu 25,3; w Madrasie 33,7. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 20 września. Otrzymaliśmy ze Lwowa list następujący:

Szanowna Redakcyjo!

Niejednokrotnie w różnych dziennikach poruszaną była sprawa tycząca się rozporządzeń Wydziału krajowego względem nieprzyjmowania do szpitali osób dotkniętych nieulecznemi chorobami i pewnych zaostrzeń administracyjnych i gospodarskich. Jedne dzienniki chwaliły te rozporządzenia, drugie ganiły, a ogół sądził według opinii tych dzienników, albo według skarg osób nieprzyjętych do szpitali, lub interesujących się temi ostatniemi.

W przedostatnim numerze „Przeglądu Lekarskiego,“ z powodu podniesionych w mowie p. Marszałka oszczędności, redakcyja wyraziła się bardzo nieprzychylnie o owych rozporządzeniach, które wywołały te oszczędności.

Posada, którą dotychczas zajmuję, zniewala mnie do rozpatrzenia wszystkiego, co się tyczy bytu szpitali, utrzymania i pielęgnowania chorych; dziesięcioletnia zaś służba na tém trudném stanowisku dowiodła, że obowiązek swój biorę na seryjo i sumiennie, a nie patrzę przez okulary materyjalnych interesów. Dlatego upraszam wysłuchać zdania mego, które, uprzedzam, różni się od zdania redakcyi.

W krajach bogatych ilość instytucyj humanitarnych jest tak wielka, że wszystkie rodzaje nieszczęść, jakie mogą dotknąć ludności kraju, znajdują pomoc różnych stowarzyszeń i różnorodnych zakładów najczęściéj stojących ofiarnością prywatną. W naszym ubogim kraju niezmiernie mało podobnych instytucyj, a dobroczynność prywatna skierowała się wyłącznie do wspomagania uczącéj się młodzieży i tworzenia nowych stypendyj, tak że obowiązek niesienia pomocy ludności choréj spadł całkowicie na barki kraju i gmin. Te ostatnie z powodu złego ustroju, uciążliwych podatków i nieodpowiedniego do takich okoliczności zarządu są pozbawione środków zajęcia się swymi nieuleczny mi i kalekami.

Ztąd téż cała ta masa nieszczęśliwych ludzi, pozbawionych opieki w gminie, zaczęła się garnąć do szpitali, szczególnie w porze zimowéj, kiedy o zarobek tak trudno. Wydatki rosły rocznie w zastraszającéj proporcyi, a szpitale powoli zaczęły tracić charakter zakładów leczniczych, zmieniając się na domy przytułku, w których leczenie chorób ostrych stawało się coraz trudniejszém w skutek przepełnienia sal ludźmi dotkniętymi takiemi chorobami, które nie kwalifikują się do leczenia szpitalnego.

W obec tego stanu rzeczy Reprezentacyja kraju, widząc iż potrzeba położyć granicę nieproporcyjonalnemu zwiększeniu liczby chorych, poleciła Wydziałowi krajowemu przyjmować chorych tylu tylko, na ilu przestrzeń szpitala pozwala i przestrzeni tych nie powiększać bez upoważnienia Sejmu i zająć się jak najstaranniéj zmniejszeniem ogromnych wydatków na utrzymanie szpitali, gdyż temu siły kraju już podołać nie mogły.

Wydział krajowy nie potrzebował uciekać się do jakichkolwiekbądź wyjątkowych rozporządzeń; istniały one już od dawna, bo od 1815 r., a tylko w skutek biedy ogólnéj i dobroduszności narodowéj poszły w zapomnienie lub wypełniały się z wielką względnością.

Rozporządzenia ministeryjalne kilkakrotnie przypominały, że szpitale powszechne nie są przeznaczone do pielęgnowania nieuleczonych lub kalek. Żadne jednak rozporządzenie nie orzekało, jakie choroby należy uważać za nieuleczne. Otóż Wydział krajowy wezwał Komisyję składającą się z czterech lekarzy, a ci orzekli, że dwadzieścia dwa stany chorobowe, oznaczone w okólniku Wydziału krajowego, nie kwalifikują się do pielęgnowania w szpitalu. Jednak mając na względzie, że i tu mogą być wyjątki, Komisyja dodała, że lekarz ordynujący w przypadku komplikacyj chorobowych może przyjąć i takich chorych. Czyż można było w obec konieczności ograniczenia przyjmowania chorych i potrzeby oznaczenia miary tego ograniczenia, postąpić z większą ludzkością? I kogóż szpital w skutek tegoż rozporządzenia nie przyjmuje? Paralityka nieuleczonego, zanieczyszczającego się i psującego powietrze szpitalne, epileptyka, ogłupiałego w skutek długotrwałéj a już nieuleczonéj choroby; starca cierpiącego na ogólny upadek sił, których w szpitalu nabyć nie można, ludzi z lekką wadą serca, która się nie da usunąć lekarstwami; chorego na raka, którego operować niepodobna, a trzymać w szpitalu nie można, bo zatruwa powietrze; ludzi z wrzodami podudzia, którzy nie chcą dać się operować, a u których stósować nie można metody zachowawczéj; ze strupami woszczynowemi, bardzo trudnemi do leczenia, a nieprzeszkadzającemi w zajęciach zawodowych itd., — a jednak zajrzyjcie do szpitali, z pewnością znajdziecie w każdym w nich chorych takich, przyjętych z powodu komplikacyj. Wymienienie chorób w okólniku sprawiło, że lekarz ordynujący patrzy na takich chorych jak na kontrabandę w szpitalu i stara się ich pozbyć jak tylko usunie komplikacyje. Ztąd to ilość pielęgnowanych chorych w szpitalach naszych urosła, pomimo ograniczeń, bo ruch się wzmógł, a ilość dni leczenia i średni pobyt chorych w zakładach zmalały, bo mniéj już takich, którzy zalegają bez celu sale szpitalne całemi miesiącami i kwartałami.

Rozporządzenie więc to nie zaszkodziło szpitalom. Owszem podniosło je usuwając niepotrzebny i szkodliwy balast, który nie kwalifikował się do szpitalnego pielęgnowania. Kraj na tém zyskał, bo nie traci pieniędzy na leczenie nieuleczonych, a kto wie, czy rozporządzenie Wydziału krajowego nie wywoła nowego kierunku prywatnéj dobroczynności, która widząc nieszczęśliwych, pozbawionych opieki, pospieszy im z pomocą. Początki w tym względzie już są zrobione.

Drugiém rozporządzeniem, nie cieszącém się popularnością, jest polecenie donoszenia co 6 tygodni o wszystkich chorych, którzy muszą jeszcze pozostać w szpitalu. Rozporządzenie to mylnie nazwano poleceniem wydalania chorych po sześciu tygodniach pobytu w szpitalu. Takiego bowiem rozporządzenia nigdy nie było. Muszę nieco podnieść zasłonę i powiedzieć, co skłoniło Wydział krajowy do wydania tego polecenia. Przy wizycie administracyjnéj pewnego szpitala chora rzuciła się do nóg zwiedzającemu, błagając, żeby ją operowano, bo z powodu choroby ordynującego lekarza zostaje w szpitalu już czwarty miesiąc oczekując z dnia na dzień téj chwili, kiedy nareszcie będzie mogła wrócić do swéj rodziny i obowiązków. Natychmiastowe sprawdzenie, czy nie ma więcej podobnych chorych, odkryło, że było jeszcze 16 osób nieoperowanych, zostających w szpitalu od dłuższego czasu z największą krzywdą dla siebie i dla funduszu krajowego. Wszystkim więc szpitalom od dnia tego polecono donosić o chorych, którzy po sześciu tygodniach leczenia muszą pozostać w szpitalu i to jedynie dla nieustannéj kontroli, żeby nie marnował się fundusz krajowy, a chorzy byli traktowani należycie. Że rozporządzenie to, zmuszające lekarzy do pisania *parere*, nie jest przyjemne, uznaję, ale każdy się ze mną zgodzi, że jest to korzystném dla chorych i dla funduszu krajowego, który płaci za ubogich chorych, bo każdy lekarz mając na oku, że musi o chorym donosić za sześć tygodni, jest zmuszony zwracać baczniejszą uwagę na ciężko chorych.

Oszczędności w szpitalach wprowadzone dla zmniejszenia wydatków są właściwie tylko unormowaniem tego, co było już praktykowaném; z biegiem czasu nieco się zapomniało, a przez to marnowało się wiele bez korzyści dla chorych i z krzywdą funduszu przeznaczonego na leczenie ubogich chorych.

Jako Inspektor szpitali najsumienniéj świadczę, że wszystkie rozporządzenia i wszystkie oszczędności w gospodarstwie szpitalném nie wpłyną szkodliwie na byt naszych zakładów leczniczych, a oduczą ludzi, nie kwalifikujących się do pobytu w szpitalu, szukać przytułku tam, gdzie mogą go znaleść tylko tacy, których uleczenie jest możliwe.

Dr. Jan Stella Sawicki Inspektor szpitali.

Pismo powyższe szan. Inspektora szpitali galicyjskich chętnie umieściliśmy, a to z dwóch powodów: raz, aby dać dowód bezstronności, a powtóre, aby rzecznikowi Władzy najwyższéj autonomicznéj dać sposobność bronienia sprawy, która żywo zajmuje umysły w kraju całym. Obrona atoli nie zdołała zmienić zapatrywania naszego, któremu daliśmy wyraz w Nrze 36 Przegl. Lek. Wiadomo, że uchwała Sejmowa, ograniczająca przyjmowanie chorych i znosząca filije dla obłąkanych ze względów na oszczędność, wywołała burzę w całym kraju: Rada sanitarna krajowa, a na podstawie jéj orzeczenia i Namiestnictwo zaprotestowały przeciw téj uchwale, lekarze z rzadką jednomyślnością oświadczyli się przeciw niéj, a społeczeństwo całe wydało okrzyk boleści, część jego uboższa z powodu smutnych dla siebie widoków w razie popadnięcia w chorobę dłużéj trwającą lub umieszczoną na indeksie Wydziału, część majętniejsza społeczeństwa zaś, a zwłaszcza ci, którzy słusznie sądzą, że zamykanie oczu w obec niebezpieczeństwa, nie chroni wcale przed niém, przewidywali smutne nie tylko pod względem humanitarnym, ale i ekonomicznym, następstwa, nieodłączne od takiéj uchwały. Wydział krajowy zmuszony wykonać uchwałę Sejmu robił co mógł celem złagodzenia środka, który zapewne sam uznał za zbyt heroiczny i obosieczny; uchwałę jednak wykonać musiał — a następstwa aż nadto są widoczne. A nie mogło téż być inaczéj. Prawdą jest, że wydatki na szpitale potężnie się wzmagały, że kraj zanadto był obciążony, że może tu i owdzie działy się pewne nadużycia,—ale mimo to środek przepisany przez Sejm był błędnym w zasadzie. Takim błędem zasadniczym jest ograniczenie przyjęcia chorych w obec zwiększającéj się ciągle cyfry ludności, bez poprzedniego zakładania przytulisk dla nieuleczonych. Oznaczanie zaś dwudziestu i kilku kategoryj chorób, wykluczonych od leczenia szpitalnego, do niczego nie prowadzi, skoro, jak p. Inspektor sam przyznaje, wystarczy powikłanie jakiejkolwiek kategoryi zakazanéj, aby zakaz stracił moc swoją, a o komplikacyję wcale nie trudno. Zmuszanie zaś lekarzy szpitalnych do zdania sprawy o każdym przypadku po upływie 6 tygodni, przysparza tylko pisaniny, tak wstrętnéj lekarzowi a odrywa go od nierównie ważniejszego zajęcia. P. Marszałek w mowie swojéj położył nacisk na zaoszczędzone 109.000 złr.; byłaby to suma wcale pokaźna w kraju tak biednym, jak Galicyja, gdyby to olśniewające lico nie miało swego bardzo niemnego nica. Przytoczymy tylko fakt jeden, który jest wymownym. Zeszłéj jesieni wypuszczony został z Kulparkowa niejaki Jan Kowal jako uleczony, a przynajmniej nieszkodliwy i przesłany pod należytą opieką do miejsca rodzinnego pod Radłowem. Człowiek ten nieszczęśliwy w jesieni 1875 r. dopuścił się był podpalenia, a badanie sądowolekarskie uskutecznione wówczas przez nas i kol. Neussera wykazało, że jest obłąkanym, w skutek czego Sąd uznał go za niepoczytnego i odesłał go do Kulparkowa. Ze względów oszczędności zapewne wyprawiony z zakładu zaledwie przybywszy do domu, znów dopuścił się podpalenia i zrządził szkodę przez znawców podaną na 10,000 złr. Powędrował tedy znów do więzienienia tutejszego, gdzie badanie uskutecznione przez nas i kol. Żulawskiego, znów wykazało jego obłąkanie,—i znów biedny chory odesłany został do Kulparkowa. Wydział krajowy pozbył się więc chorego tego na kilka tygodni; wśród ktorych mienie krajowe zmniejszyło się o $^{1}/_{11}$ część przeszło oszczędności wykazanéj przez p. Marszałka, nie wliczając kosztów przewiezienia do domu i napowrót, kosztów żywienia go w więzieniu, wynagrodzenia lekarzy sądowych itd. Jeżeli nas pamięć nie myli, słyszeliśmy o drugim podobnym przypadku. Jeżeli dodamy stratę materjalną poniesioną przez kraj skutkiem śmierci ludzi, zmarłych przedwcześnie z chorób na Indeksie umieszczonych, to owa suma 109,000 złr. staje się całkiem iluzoryjną. Sądzimy, że każdy lekarz przekonany jest o słuszności naszych uwag, a jednak nie podnosimy zarzutu przeciw szan. autorowi powyższego listu, albowiem obowiązkiem Wydziału i jego organów było wykonać ściśle uchwałę Sejmową. Inna rzecz, czy nie należy wziąść się energicznie do dzieła, aby ową uchwałę uczynić jak najmniéj dla społeczeństwa przykrą i szkodliwą. Rekryminacyje wzajemne, chęć uwolnienia siebie od ciężaru i zwalenia go na innych, są szkodliwe i do niczego nie prowadzą. Nie oskarżać się nawzajem, lecz działać połączonemi siłami należy. Pojmujemy, że jeżeli gdzie, to u nas dążenie do oszczędności jest arcywskazaném, ale równocześnie należy starać się o przytuliska tak dla nieuleczonych w ogóle, jako téż dla nieuleczonych obłąkanych w szczególności. Ludzkość wymaga, aby „niedołęga“ fizyczny znalazł godziwe pomieszczenie, a dobrze pojęty interes własny społeczeństwa żąda stósownego odosobnienia obłąkanych, zwłaszcza takich, którzy przez dopuszczenie się czynu zbrodniczego dowiedli, że są niebezpiecznymi dla życia lub mienia bliźnich. Anglicy i Francuzi posiadają osobne, świetnie urządzone zakłady dla takich nieszczęśliwych; my nie możemy mieć podobnych pretensyj, ale koniecznie pomyśleć musimy o przytuliskach choćby najskromniejszych. Przestańmy łudzić się co do skuteczności **opieki gminnéj**: jeżeli gminy stołeczne nie wiedzą co począć z obłąkanymi, którzy nie znajdują pomieszczenia w zakładzie, jeżeli biedni ci ludzie jak w wiekach średnich są tylko pośmiewiskiem dla gawiedzi ulicznéj, urągającéj ich niedoli, cóż mają począć z nimi gminy wiejskie, dla których są postrachem prawdziwym. Przed 10 laty otrzymaliśmy od czcigodnego duszpasterza gminy, któréj Sąd poruczył opiekę nad obłąkanym podpalaczem, list z zapytaniem, co gmina zawiniła, że Sąd włożył na nią obowiązek tak przykry a niepodobny do wykonania? Dlaczego Sąd nie zatrzymał go w więzieniu, jeżeli jest zbrodniarzem, a nie odesłał go do szpitala, jeżeli jest chorym? Musieliśmy przyznać słuszność interpelantowi, a od owego czasu stan rzeczy nie zmienił się, chyba na gorsze.

* Przez śmierć nieodżałowanego Dra **Szeparowicza** opróżnioną została jedna z najważniejszych w kraju posad, bo posada prymaryjusza oddziału chirurgicznego i operatora w szpitalu powszechnym we Lwowie. Jak wielkie znaczenie Sejm przywiązywał do téj posady, dowodzi fakt, że mianował Dra Szeparowicza rzeczywistym prymaryjuszem, pomimo, że dziwnym zbiegiem okoliczności był nadetatowym; jak nieboszczyk wypełniał ważne swoje zadanie, o tém nie tu miejsce rozpisać się; szanowany w stolicy, poważany w kraju, odbierał on cześć należną od kolegów fachowych w Wiedniu i w Niemczech, którzy nie mogąc dobrze wymówić nazwiska poważali go jako „operatora lwowskiego“. Los zawistny zabrał nam w kwiecie wieku jednego z najpilniejszych i najzdolniejszych kolegów; pamięci i zasługom jego winniśmy, aby luka, którą po sobie zostawił, wypełnioną została należycie; stolica zaś kraju, dotąd pozbawiona wydziału lekarskiego, zasługuje na to, aby miejsce Szeparowicza zajął operator znany i wprawny, chirurg nie od dziś lub wczoraj, lecz wyszły ze szkoły dobréj, długoletnią praktyką chirurgiczną doświadczony, wytrawny, do pracy wytrwałéj zahartowany, obdarzony samodzielnością, któréj się nabywa przez dłuższe kierowanie wielkim oddziałem. Jeżeli uwzględnimy z jednéj strony potrzeby wielkiego stołecznego miasta, a z drugiéj, że zaspokojenie téj potrzeby zawisłém jest wyłącznie od najwyższéj władzy autonomicznéj, na czele któréj stoi Mąż zaszczytnie znany z energii i niezawisłości, nie mamy właściwie obawy o losy najważniejszego oddziału szpitalnego we Lwowie. Tuszymy sobie, a razem z nami spodziewa się kraj cały, że w obec nadzwyczajnéj doniosłości sprawy, zamilkną wszelkie względy uboczne i że Wydział krajowy powoła kandydata najgodniejszego: nie chcemy i nie możemy pomyśleć nawet o tém, jakoby najwyższa władza autonomiczna powodować się mogła innemi względami, nad prawdziwe uzdolnienie, bobyśmy się stali pośmiewiskiem dla postronnych, którzy jeszcze nam zarzucają, że rządzić się nie umiemy, i pozbyć się nie możemy nepotyzmu. Przekonani jesteśmy, że Wydział krajowy przez zamianowanie najgodniejszego kandydata zada kłam wrogim nam oszczercom; aby zaś osiągnąć cel pożądany, wypada koniecznie rozpisać konkurs, aby Władza mogła spokojnie rozważyć kwalifikacyje kandydatów i mianować tego kandydata, którego kwalifikacyje same wskażą jako najgodniejszego następcę śp. Szeparowicza.

* Opróżnioną jest posada lekarza fabrycznego i skarbowego w Antoninach (na Ukrainie) z płacą roczną 1100 rubli sr., pomieszkaniem składającém się z 6 pokoi, opałem i utrzymaniem koni. Pierwszeństwo mają lekarze, którzy odbyli praktykę szpitalną na oddziale chirurgicznym i położniczym. Ubiegający się o tę posadę zechcą zgłosić się listownie do p. protomedyka **Biesiadeckiego** we Lwowie (w Namiestnictwie).

* W **Cieplicach czeskich** do d. 9 b m. bawiło gości kąpielowych 9569.

* W **Giesshüblu** do d. 24 sierpnia było osób 119.

* W **Luhaczowicach** do d. 1 bm. przybyło osób 1080.

* **Wiedeń.** Przebudowanie i uzupełnienie zakładu patologicznego, rozpoczęte pod koniec zeszłego półrocza, znajduje się w pełnym toku. Z właściwą Wiedeńczykom energiją i raźnością wzięto się do dzieła, mimo to, sądząc po obecnym stanie robót niepodobna przypuścić, aby budowa ukończoną została do 1 listopada, jak się zobowiązał kontraktem przedsiębiorca; będzie on płacił za każdy dzień pewną kwotę jako grzywnę za opóźnienie po nad 1 listopada, a niezdoła wykończyć wszystkich robót w ciągu 6 tygodni. Bo też nie rozchodzi się o bagatelkę! Wzdłuż całego gmachu stanie piętro drugie, a nadto między gmachem dotychczasowym a t. zw. wieżą waryjatów wzniesie się nowy całkiem budynek półpiętrowy, przeznaczony na prosektoryja. Jak na teraz panuje w zakładzie najmilszy nieporządek; muzeum anatomii patologicznéj, tak starannie uporządkowane przez Rokitańskiego, zupełnie wypróżniono i zamieniono na kantynę, gdzie w najlepsze sprzedają piwa i kiełbasek dla robotników; zbiory wyniesione nie powrócą zresztą do tych sal, które obejmie w posiadanie prof. Stricker dla zakładu patologii doświadczalnéj. Do prosektoryjów zaledwie dostać się można bez szwanku, jak tego dowodzi obrażenie ciężkie w głowę, którego temi dniami doznał portyjer zakładu w skutek spadnięcia cegły; obrażonego musiano przenieść na klinikę Billrotha. Profesorowie bawią jeszcze na wsi, ale za to asystenci, pełniący swoje obowiązki, pracują śród stuku i kurzu i nieraz zmuszeni są przerywać czynności z powodu spadającego rumowiska. Że w takich warunkach o skutecznéj pracy po rozpoczęciu półrocza zimowego mowy być nie może, jest rzeczą jasną, ale za to Wiedeń otrzyma gmach, który przynajmniéj znów na ćwierć wieku odpowie wymogom wielkiego uniwersytetu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Heidelberg.** Katedrę Friedreicha otrzymał prof. Erb z Lipska.—**Gryfija.** Profesorem zwyczajnym chirurgii w miejsce Huetera mianowany został Dr. Paweł Vogt.

* **Nekrologija.** D. 18 lipca rb. zmarł w Warszawie Dr. Babiński. Urodził on się w r. 1826 w Krakowie, odbył nauki gimnazyjalne i uniwersyteckie pod Brodowiczem i Dietlem w mieście swém rodzinném, gdzie też w r. 1852 uzyskał dyplom doktorski. Praktykował w Soczewce, w Radomiu i w Warszawie. Obdarzony liczną familiją pracował ciężko aż pod koniec życia na jéj utrzymanie. (*Medycyna*).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 37: Gajkiewicza: Przypadek porażenia rdzeniowego kurczowego z pomyślném zakończeniem; Dreckiego: Zatrucie kw. karbolowym wyleczone roztworem soli glauberskiéj; Rothego: Otrucie wyskokowe, jego wpływ na rozwój chorób umysłowych (c. d.); — W *Medycynie* Nr. 37: Korczyńskiego: Uwagi i spostrzeżenia kliniczne. IV. O zwyrodnieniu włóknistém tkanin (c. d.); Jaworskiego: Kolorometryczna metoda oznaczenia ilości płynu w żołądku.

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. KORCZYŃSKI: O zdrojach morszyńskich. (Odbitka z *Gazety Lek.* 1882), Warszawa 1882, in 8vo str. 17.

Prof. Dr. KADYI: Wykład wstępny przy objęciu katedry anatomii w lwowskiéj szkole weterynaryi. (Odbitka z *Przegl. Lek.*), in 8vo str. 5).

Dr. baron PFUNGEN: Uiber tonische Starre bei durchbrechenden Gehirnblutungen. (Odbitka z *W. med. Bl.* 1882) in 8vo str. 32.

Prof. TAMASSIA (w Pawii): La diagnosi medico forense dell'epilepsia. (Odbitka z *Rivista sper.*) Reggio 1882, in 8vo str. 12.

Dr. HAUMEDER: Uiber den Entstehungs-Mechanismus der Verletzungen des Kehlkopfes u. des Zungenbeines beim Erhängen. (Odbitka z *W. med. Bl.*), Wien 1882, iu 8vo str. 8 z tabl.

Dr. ZILLNER: Englands Sorge für seine geisteskranken Verbrecher. (Odbitka z *W. med. Presse*), Wien 1882.

Dr. J. ROGOWICZ: Kassa wzajemnego zabezpieczenia kapitału pośmiertnego dla wdów i sierót po lekarzach pozostałych. (Odbitka z *Medycyny* 1882), in 8vo str. 11.

Dr. ZILLNER: Die gerichtliche Todtenbeschau in England. (Odbitka z *W. med. Bl.*), Wien 1882, in 8vo str. 21.

Piśmiennictwo lekarskie. GAVINZEL J. C. Etude sur la Morgue au point de vue administratif et medical. 8. Paris, J. B. Baillière et fils. Fr. 1½.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 30 września 1882. № 39. Rok XXI.

I. O stosunku szypułki mózgowéj do jéj czepca w mózgach nieprawidłowo rozwiniętych.

Napisał prof. J. Mierzejewski w Petersburgu.

Anatomija ośrodków nerwowych, napotykająca zwykle tak wiele trudności technicznych, dzięki nowemu sposobowi badania zrobiła w ostatnich czasach znakomite postępy. Schröder van der Kolk, Lokart Clarck, Deiters i Luys pierwsi zaczęli rozpatrywać duże przeźroczyste skrawki mózgu i ztąd wnioskowali o kierunku rozlicznych włókien osi mózgowo-rdzeniowéj, o wzajemnym stosunku tych włókien i o związku ich z mózgowemi węzłami i zawojami.

Istota téj metody zależy na tém, że rozdzielając ośrodki nerwowe szeregiem systematycznych cięć poprzecznych, otrzymane ztąd jak najcieńsze skrawki stawia się jeden za drugim i łączy odpowiednie części linijami, przedstawiającemi przypuszczalną ich ciągłość.

Meynert używał nietylko tego samego sposobu, ale wprowadził jeszcze nowy, nader sprytny, przy pomocy którego zdołał wzbogacić naukę. Biorąc pod uwagę dane fizyjologiczne i rozmaitą zewnętrzną postać ośrodków nerwowych u różnych zwierząt, postanowił zbadać u nich przebieg odpowiednich pęczków włókien nerwowych przez cały rdzeń kręgowy i przedłużony aż do węzłów mózgowych. Meynert zatém badał sposób ułożenia i grubość włókien w rdzeniu kręgowym, w rdzeniu przedłużonym i w moście Varolla takich zwierząt, które mają stosunkowo znaczną powierzchnię skóry, jak np. nietoperz, i takich, które się odznaczają silnemi mięśniami; co do ostatnich szczególną zwrócił uwagę na różnicę, jaka istnieje między temi, u których odnogi przednie są silniéj rozwinięte od tylnych, jak np. u kreta, a temi, u których odnogi tylne znacznie przeważają nad przedniemi, jak np. u kanguru. Na zasadzie rezultatów tych poszukiwań, z rozmiaru oddzielnych pęczków, autor wysnuł wnioski szczegółowe o ich znaczeniu czynnościowém, a tém samém o rozmaitym stosunku ośrodków do obwodu. (Meynert: *Ueber die Bestandtheile des Vierhügels in Zeitschrift für wissenschaftliche Zoologie.* Bd. XVII, H. 4). Przy pomocy téj saméj metody badania, ułatwionéj jeszcze przez zastosowanie mikrotomu, August Forel otrzymał znakomite rezultaty co do przebiegu różnych nerwowych włókien w czepcu i wszystko to opisał nadzwyczajnie jasno w swojéj pracy pod tytułem: *Untersuchungen über die Haubenregion. Archiv für Psychiatrie,* 1876. Z kolei następuje sposób Flechsiga (*Die Leitungsbahnen im Gehirn und Rückenmark des Menschen auf Grundentwickelungsgeschichtlicher Untersuchungen.* Leipzig, 1876) oparty na niektórych przez niego odkrytych właściwościach rozwoju płodu, a mianowicie na tém, że włókna nerwowe różnych grup otrzymują swoją pochewkę myelinową w rozmaitym czasie; po kolorze charakterystycznym dla tych części układu nerwowego, które mają myelinę, autor mógł sądzić o kierunku ich włókien i o wzajemnych ich stosunkach.

Wszystkie te sposoby mają jednakże swoje niedogodności. Na poprzecznych cięciach niepodobieństwem jest wyśledzić przebieg niektórych włókien lub pęczków na większéj przestrzeni; ażeby poznać ich kierunek, należałoby je izolować, co znów przechodzi możność w obec tak niedoskonałych technicznych środków. Dla tego też fizyjologija doświadczalna może przynieść w tym względzie daleko więcéj korzyści, aniżeli wszystkie poprzednie metody. Tą drogą poszedł Gudden z wielką dla nauki korzyścią. Wycinał on młodym zwierzętom pewne części półkul, co naturalnie wywoływało następowe zaniki i pozwalało mu sądzić o związku pomiędzy operowanemi a zanikłemi częściami. Takie postępowanie jednak nadwereża łączność różnych części mózgu i sprawia zmiany patologiczne, które psują czystość doświadczenia; z tego powodu Gudden uciekł się do innego sposobu. Niszczył on u młodych zwierząt obwodowe narządy zmysłów i sprowadzał zanik tak obwodowych nerwów tych

narządów jak i ich ośrodków w mózgu; z tego zaniku mógł określić związek ośrodków z organami obwodowemi. Najcenniejsze jednak wskazówki o wzajemnym stosunku różnych nerwowych włókien daje nam fizyjologija patologiczna człowieka. Z jéj pomocą Türck i szkoła Salpetrierska, pod kierunkiem swojego znakomitego przewodnika, stworzyli w patologii nowy dział „o wstępujących i zstępujących przewodzeniach osi mózgowo-rdzeniowéj.“

Nakoniec jeszcze inny sposób, stanowiący jakby dalszy ciąg poprzedniego, zasadza się na badaniu zmian wywołanych przez samą przyrodę w mózgach nieprawidłowo rozwiniętych lub powstrzymanych w rozwoju. Powstrzymanie w rozwoju pojedynczych części półkul mózgowych i przewodników tych części pozwala nam stwierdzić, jakie przewodniki z jakiemi częściami mózgu są w związku, jakie są wzajemne ich stosunki i jakie mają znaczenie anatomiczne. Metoda ta jest w stanie dostarczyć nam nader pożytecznych wskazówek co do kierunku rozlicznych włókien nerwowych i ich funkcyj, jeśli badania anatomiczne będą poparte szczegółowemi klinicznemi spostrzeżeniami.

Postaram się przytoczyć parę przykładów, aczkolwiek dalekich od dokładności, dowodzących wszakże wielkiéj doniosłości badań przedsiębranych w tym kierunku. Zrobiwszy poprzeczne przecięcie tuż poza wzgórkami czworaczemi, możemy rozróżnić dwie części: jedną górną pod wodociągiem Sylwiusza, nazywaną czepcem, drugą dolną odpowiadającą mostowi Varola, tak nazywaną właściwą szypułkę mózgową. Prof. Meynert dowiódł swojemi poszukiwaniami, że u człowieka dorosłego część górna, czyli czepiec, bywa daleko mniéj rozwiniętą niż szypułka, i że u nowonarodzonego dziecka spotyka się stosunek odwrotny, a mianowicie czepiec bywa więcéj rozwinięty niż szypułka mózgowa. Meynert mniemał, że niektóre włókna nerwowe czepca, pozostając w związku ze wzgórkami czworaczemi i ze wzgórkiem wzrokowym, służą jako przewodniki odruchów; włókna zaś szypułki mózgowéj, pozostając w związku z ciałem prążkowaném, z jądrem soczewicowatém i z pochwą wewnętrzną, służą jako przewodniki ruchów dobrowolnych (*Studien über die Bedeutung des zweifachen Rückenmarkursprungs in Sitzungsberichten der Wiener Akademie der Wissenschaften.* October, 1869. *Beiträge zur Theorie der maniakalischen Bewegungserscheinungen etc. Arch. für Psych.*, 1872, s. 622). U dziecka nowonarodzonego, u którego przeważają odruchy, przewodniki ich (nagromadzone w czepcu) posiadają większe ozmiary, aniżeli przewodniki ruchów dobrowolnych (zebranych w szypułce mózgowéj). U człowieka dorosłego, z powodu przewagi ruchów dobrowolnych, przewodniki ich okazują się mocniéj rozwinięte, aniżeli przewodniki odruchów. Jeżeli słusznym jest pogląd Meynerta, to u takich idyjotów, u których prawie wcale nie istnieją ruchy dobrowolne, a tylko odruchowe, powinniśmy znaleźć ten sam stosunek czepca do szypułki mózgowéj jak u dziecka nowonarodzonego. Taki stosunek istnieje niewątpliwie u niektórych idyjotów. Oto np. weźmy dwa mózgi idyjotów: jeden 50 letniego mężczyzny, którego zdolności umysłowe były na stopniu rozwoju jak u półtorarocznego dziecka. Mózg jego był powstrzymany w swoim rozwoju; wyspa Reila pozostała odkrytą; zawoje czołowe i główne były słabo rozwinięte; wzajemny stosunek czepca i szypułki mózgowéj pozostał zupełnie taki jak noworodka. Drugi mózg pochodzi od dziecka trzyletniego, które nigdy nie wydawało dźwięków członkowanych, nie poznawało swoich rodziców, zachowywało się najzupełniéj obojętnie względem wszystkiego, co się naokoło działo, nakoniec nigdy nie posiłkowało się ruchami dobrowolnemi; tutaj istniał ten sam stosunek czepca do szypułki mózgowéj.

Taki stosunek szypułki do czepca nie zawsze jednak ma miejsce u idyjotów, posiadających mało rozwinięte ruchy dobrowolne. To nam potwierdza trzeci mózg, pochodzący od dziecka czteroletniego. Dziecię to także nie miało władzy mowy i zdolności jego umysłowe były na tym samym stopniu rozwoju jak i poprzedniego dziecka, tymczasem jednak stosunek jego szypułki mózgowéj do czepca był odwrotny: pierwsza była znacznie rozwinięta, ostatni zaś mały. Największa szerokość czepca tak się miała do największéj szerokości szypułki jak 1,4 do 2. Wysokość zaś czepca była 3 razy mniejsza niż szypułki.

Widzimy zatém, że pomniejszenie rozmiarów szypułki mózgowéj w stosunku do czepca bywa wprawdzie charakterystycznym objawem mózgu idyjotów, ale nie wszystkich. Stosunek ten może wszakże w ogóle służyć jako wyrażenie związku, który istnieje między rozwojem niektórych zawojów i pewnych włókien nerwowych w przesmyku mózgowym (*isthmus cerebri*). We wszystkich tych przypadkach, gdzie zawoje czołowe i główne były powstrzymane w rozwoju, czepiec był większy od szypułki.

Ja nigdy nie spotkałem wyjątku od tego prawidła i sądzę, że można przyjąć za pewnik, iż powstrzymanie w rozwoju czołowych płatów i głównych zawojów prowadzi za sobą powstrzymanie rozwoju szypułki mózgowéj, do tego stopnia widoczne, że stosunek normalny między czepcem a szypułką istniejący u dorosłego człowieka znika i staje się odwrotnym.

Powstrzymanie rozwoju zawojów potylicowych i skroniowych wywołuje powstrzymanie rozwoju czepca. Na potwierdzenie jednak tego faktu mógłbym przytoczyć tylko jeden przykład.

Wszystkie te fakty oczywiście dowodzą, że istnieje stały związek między powstrzymaniem w rozwoju niektórych zawojów mózgu z jednéj strony a niektórych włókien nerwowych w czepcu i szypułce mózgowéj z drugiéj; tym związkiem możemy posiłkować się w tym celu, aby określić, jakie jednocześnie części rdzenia przedłużonego i rdzenia kręgowego są także powstrzymane w rozwoju i aby na podstawie tych danych wnioskować o wzajemnych ich stosunkach.

Tym sposobem widzimy, że ta metoda, zarówno jak metoda badania przy pomocy sztucznych uszkodzeń u zwierząt, daje nam możność wyśledzenia kierunku włókien nerwowych w osi mózgowo-rdzeniowéj. Zdobyte przez nas rezultaty zgadzają się zupełnie z wynikami anatomii patologicznéj. Nie ulega najmniejszéj wątpliwości, iż uszkodzenia (krwotoki, rozmiękczenia) głównych zawojów wywołują następne przerodzenia w niektórych włóknach szypułki mózgowéj.

Niekiedy wreszcie powstrzymanie rozwoju tak czołowych jak i głównych zawojów nietylko idzie w parze ze znaczniejszém rozwinięciem czepca, ale nawet w jednym przypadku czepiec pozostał takiéj saméj wielkości jak w mózgu prawidłowo rozwiniętym, chociaż pochodził od 50-letniego człowieka, którego mózg był 3 razy mniejszy od normalnego. Coby mógł znaczyć taki niezwykły rozwój czepca? Byłoby, rozumie się, przedwcześnie dawać jakiekol-

wiek w tym względzie wyjaśnienia, w każdym jednak razie zdaje się to być dowodem pewnéj wadliwości w rozwoju mózgu.

Teraz trudnoby jeszcze było zdecydować, jakie składowe części czepca powiększają się lub zanikają przy powstrzymanym rozwoju zawojów czołowych i głównych, jak również potylicowych i skroniowych. Rozmiary tych części składowych czepca [*crura cerebelli superiora s. crura cerebelli ad corpora quadrigemina*, *substantia reticularis* (*champ moteur, motorisches Feld*), włókna tych pęczków rdzeniowych (*hinteres Längsbündel*)] nie były mierzone w stanie normalnym. Prawdopodobnie wszakże *substantia reticularis* pozostaje w ściśléj zależności od zawojów, albowiem ona to, jak się zdaje, zwiększa się lub pomniejsza przy powstrzymanym rozwoju już to czołowych i głównych zawojów, już téż to zawojów potylicowych i skroniowych.

II. Z kliniki chorób wenerycznych i skórnych prof. Dra Rosnera.

Przypady w rdzeniu przedłużonym u chorego dotkniętego kiłą wczesną.

Skreślił Dr. Stanisław Skobel,
Asystent téjże kliniki.

Pomimo dosyć obszernéj literatury na polu chorób rdzenia przedłużonego w ogóle wyznać atoli należy, że o cierpieniach kiłowych rdzenia namienionego nie wiele wiemy. Lubo już bardzo dawno uznawano wpływ kiły na układ nerwowy, to przecież bliższe szczegóły anatomiczne zawdzięczamy dopiero pracom Virchowa i E. Wagnera. Liczniejsze publikacyje, jakie znajdujemy w literaturze, odnoszą się przeważnie do kiły mózgu, a między innemi i do zmian kiłowych w tętnicach mózgowych, dlatego opis przypadku, który niżéj podaję, zasługuje na uwagę.

Chory nasz mający lat 30, przyjętym został dnia 29 listopada 1881 do kliniki chorób wenerycznych i skórnych Prof. Dra Rosnera. Bliższe szczegóły dotyczące choroby, z któremi jakkolwiek z trudnością, starałem się w pierwszéj chwili zapoznać, dadzą się streścić w ten sposób:

Chory podaje, że niedowład, jaki spostrzegamy w odnodze górnéj i dolnéj po stronie lewéj, datuje się od dziecięctwa. W 15ym roku życia miał przebyć tyfus, na który leżał w domu przez trzy miesiące, późniéj cieszył się przez dłuższy czas dobrém zdrowiem; od lat trzech żonaty, bezdzietny. W roku 1879, a zatém mniéj więcéj przed dwoma laty, przyjętym został do oddziału Doc. Dra Pareńskiego dnia 9 września, gdzie z powodu zimnicy przebywał do dnia 7 października. Dnia 23 maja 1881 r., a zatém przed pół rokiem, tenże chory przybył po raz wtóry do szpitala św. Łazarza i przyjętym został do oddziału Dra Zarewicza, gdzie znaleziono następujące zmiany: na skórze klatki piersiowéj i odnóg zmiany kiły ogólnéj wczesnéj, a mianowicie osutkę plamistą; naokoło wolnego brzegu napletka, tworzącego stulejkę, wrzód pierwotny pierścieniowato ułożony; na dolnéj powierzchni skóry prącia oraz na mosznach znaczna liczba kłykcin wilgotnych z wejrzeniem ekskoryjacyj; wszystkie gruczoły dostępne powiększone. Cierpienie ówczesne trwało od dwóch miesięcy. Zalecono choremu wcierania z szaruchy obok leczenia miejscowego, a dostawszy takich 17 opuścił szpital dnia 10 czerwca 1881 roku.

W kilkanaście dni późniéj, będąc zajęty paszeniem bydła, utknął przypadkowo, upadł głową na kamienie, potłukł się mocno i stracił na chwilę przytomność. Wkrótce potém wstał i zajmował się pracą jak dawniéj, atoli chory podaje, że od owego zemdlenia cierpiał już ciągle na strzykanie i ból głowy, któren się zawsze wieczorem ponawiał, a nadto dodaje, że od owego przypadku często mu ciekła krew z nosa. Przed pięciu dniami stracił nagle mowę i przez trzy dni nie mógł ani słowa ze siebie wydobyć; obok tego żali się chory na uczucie ściągania w gardle, które się zwiększa podczas przełykania.

Stan obecny: U mężczyzny dobrze zbudowanego i odżywionego, trochę niedokrewnego spostrzegamy: porost włosów dosyć obfity, włosy suche, bez połysku, wypadają. Na samym wstępie uderza trudność mowy; wymowa pewnych głosek i zgłosek, przy których język przeważnie jest czynnym, odbywa się tylko z wysileniem i sprawia, że mowa z tego powodu jest niewyraźną. Obydwie wargi ust sztywne i nieruchome. Mięsień okrężny ust jest prawie zupełnie nieruchomy, te zaś mięśnie, których przeznaczeniem dźwiganie wargi ust górnéj i kącika ust, jako to: *musculus levator labii superioris alaeque nasi*, *muscul. levator labii superioris proprius*, *muscul. zygomaticus minor et major* a wreszcie *musculus levator anguli oris* pozostają nieczułe na wszelkie usiłowania dążące do pobudzenia w nich ruchu, natomiast kurczą się odruchowo po obydwu stronach mięśnie śmiechowe Santoriniego. Chory nie może warg dobrze ściągać, ani gwizdać, ani téż dmuchać. Przy wszystkich mimicznych ruchach twarzy usta skłaniają się tylko z trudnością do uśmiechu. Otwieracz ust wypełnia swą czynność po obydwu stronach dosyć należycie, przyczém atoli spostrzegamy, że lewy kącik ust jest cokolwiek ku tejże stronie przeciągnięty, a zmarszczki noso-wargowe wybitniejsze. Wyraz twarzy osobliwie płaczliwy, czego chory niejednokrotnie przy badaniu czynem dowodzi, raz płacząc, drugi raz się śmiejąc. Również mozolném jest żucie dla naszego chorego, z powodu upośledzonych ruchów języka i policzków, niemniéj trudném połykanie.

Podniebienie miękkie podnosi się tylko na początku wydobywania głosu, przy dalszych próbach łatwo się nuży i tak dalece omdlewa, że przypatrując mu się po częściéj ponawianém wydawaniu głosu, moglibyśmy mieć wątpliwość, czyli nie mamy przed sobą zupełnego porażenia. Z głosek wargowych te tylko chory wymawia dobrze, które powstają przy otwieraniu szpary warg (jak n. p. *b*); natomiast źle wymawia te, które się tworzą przy zamknięciu warg (jak n. p. *m*), z czego się pokazuje, że tylko chwilowa innerwacyja mięśnia okrężnego ust jeszcze jest możebną, trwała zaś niepodobną. Literę *l* wymawia chory dosyć wyraźnie, jednakże nie czysto; dźwięk nosowy, który się łączy z wydawaniem głosu, przeszkadza wybitnemu wymawianiu i sprawia to, że mowa i tak w wysokim stopniu niezrozumiała jest nadto gęgająca (przez nos). Wymowa głosek gardłowych jest bardzo niewyraźna i tak n. p. głoskę *k* słychać z dodatkiem dźwięku nosowego jak *g*, *h*, *a*. Połykanie tak pokarmów płynnych jak i stałych jest dla chorego uciążliwém. Przy szybkiém i dłuższém piciu chory się zachłysta, ponieważ część pokarmów wpada do krtani i wywołuje tym sposobem kaszel, przy powolném zaś piciu mniéj to uderza, odbywa się to jednak zawsze z pewnym mozołem, któremu towarzyszy przez chwilę dławienie, przyczém chory daje różnemi gestami do zrozumienia, że czynność połykania

nie jest łatwą dla niego. Badając krtań zapomocą dotyku przekonywamy się, że jest ona podniesiona ku górze, a pod czas połykania nie wraca natychmiast do swego dawnego położenia, lecz dopiero po niejakim czasie. Język poprzerzynany rowkami wyciąga chory zupełnie prosto, na szczycie jego widzimy ciągłe drganie włókienkowe, zwraca uwagę swą barwą niebieską i porusza się w każdym kierunku, jaki się wskaże choremu. Ślina gęsta wydziela się obficie, a po nieważ chory nie może jéj połykać, przeto zniewolony jest obcierać się ciągle.

Władze umysłowe nienaruszone, chory zajmuje się wszystkiém, co go otacza, rozumie wszystko, o co jest zapytany, i daje za pomocą odpowiednich min na pytania odpowiedzi; jedynie płaczliwość i skłonność do śmiechu bez danego powodu często się powtarzają. Chory słyszy dosyć dobrze szeptanie na obydwa uszy; badanie smaku wykazuje, że kwas i gorycz dobrze odróżnia; odruchy w okolicy gardła i krtani okazują mniejszą pobudliwość, badanie jednak wziernikowe krtani nie wykazało żadnego porażenia. Czucie w zakresie nerwu troistego nie zamącone w żadnéj z jego gałązek; nerw oko-ruchowy nietknięty.

W czynnościach nerwów ruchowych znaleziono, że gałązki oczne górne nerwu twarzowego okazują lekkie porażenie niezupełne, więcéj po stronie lewéj, aniżeli po prawéj. Chory zamyka oczy z trudnością, nie może powiek mocno ścisnąć, po stronie lewéj pozostaje wyraźna szpara, lekki stopień *lagophthalmus*, przy czém można spostrzedz wybitną niewydatność mięśni okrężnych powiek, które przy każdém usiłowaniu zamknięcia otwierają się mimowolnie.

Zewnętrznie oczy nie przedstawiają nic nieprawidłowego; źrenica ma według badania Dra Macheka przy równoległych osiach 4 milimetry szerokości. Refrakcyja w obrazie prostym oznaczona jest prawidłową. Tarcza nerwu wzrokowego na obu oczach różowo-szara; odgraniczenie tarczy od dna oka nie jest ostre, naczynia żylne nie są grubsze. W obrazie prostym widać po obydwu bokach naczyń białe smugi, mające połowę szerokości samych naczyń, które po za brzegiem tarczy znikają. Na oku lewém taka biała smuga zasłania jedno z naczyń tętniczych. Obrzmienia tarczy na pewne wykazać nie można. Poczucie barw badane za pomocą tablic Stillinga prawidłowe, chory rozpoznaje ilość kropek próby 36téj Burchhardta. Wrodzona ociężałość nie dozwala choremu nadania twarzy tego wyrazu, który powstaje skutkiem ruchu mięśni delikatniejszych, jakiemi są mięśnie marszczące brwi i mięśnie czołowe.

W ruchach głowy, oprócz pewnéj niezgrabności, nie można dostrzedz żadnych zboczeń u naszego chorego; mięśnie zaś karkowe i szyjne, które za pomocą dotyku wyśledzić można, jakoto: mięśnie kapturowe tudzież mostko-obojczyko-sutkowe zachowują przy odpowiednich ruchach zupełną kurczliwość.

Badanie obustronne nerwów twarzowych za pomocą słabego prądu indukcyjnego i stałego, wykazuje tak w zakresie nerwów jak i co do mięśni wszędzie prawidłową pobudliwość.

Wreszcie spostrzeżono niedowład w lewéj połowie ciała, którego skazówką jest pewna sztywność w ruchach tak odnogi górnéj jak dolnéj po stronie lewéj, bez cechy osłabienia, któren jak to już wyżéj nadmieniono powstał w dziecięctwie. Chory się czasem zatacza i powiada, że przy chodzeniu czuje zawrót głowy jakby był pijany, tudzież zdaje mu się chwilami, że upadnie.

Wszelkie ruchy ramienia lewego zgodne są z ruchami ramienia prawego; w zakresie mięśni nie można nigdzie dostrzedz zupełnego zboczenia.

Oprócz zmian powyższych znaleziono w prawym kąciku ust nader rozległe kłykciny wilgotne, po nad powierzchnię sąsiednią wyniosłe, pokryte wypociną białawo-szarą i przechodzące częściowo na wargę ust górną i dolną. Podobne zmiany napotykamy na łukach podniebienno-gardzielowych, obok mocnego zaczerwienienia języczka i łuków podniebienno-językowych. Na dolnéj powierzchni prącia znajduje się jedna kłykcina wilgotna w postaci ekskoryjacyi, otoczona obwódką siną, w ujęciu daje się w tém miejscu wyśledzić małe zgrubienie skóry; zmiany powyżéj opisane trwają od dwóch tygodni. Na wewnętrznéj powierzchni uda lewego kilka plam ciemnych barwikowych, prawdopodobnie jako ślad po kłykcinach wilgotnych. Gruczoły karkowe obustronnie powiększone, od wielkości grochu do wielkości migdałka dochodzące, barkowe (po jednym z każdéj strony) obrzękłe, gruczoł barkowy lewy dochodzi do wielkości orzecha laskowego, spójności podatnéj, pachwinowe po stronie prawéj nieznacznie powiększone.

Ciepłota ciała 37·5, tętno 84. Badanie moczu nie wykazało żadnéj nieprawidłowości.

Na zasadzie tedy objawów powyższych rozpoznano: „*Neuritis optica oculi utriusque; paresis nervi facialis utriusque lateris et ramorum oris et palpebrarum; paresis ramorum oris praevalet in latere dextro, oculorum in latere sinistro. Paresis veli palati mollis et musculorum faucium. Syphilis secundaria recens recidiva sub forma condylomatum latorum ad angulum oris dextrum, arcus palatopharyngeos et ad cutem penis. Adenitis nuchalis et cubitalis ambilateralis mediocris, inguinalis dextra levis. Anarthria.*" (Dok. nast).

III. Badania doświadczalne nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim.

Wykonał Dr. Walery Jaworski.

Doświadczenia nad zmianami ciał wprowadzonych do żołądka były przeważnie robione w celu śledzenia chemizmu trawienia w tym narządzie. Doświadczenia w tym kierunku robione na zwierzętach uskuteczniano w ten sposób, że podwiązując odźwiernik, wprowadzano do żołądka badane ciało, poczém zabijając zwierzęta po pewnym czasie oznaczono w treści żołądkowéj zaszłe zmiany. Na człowieku uskutecznili doświadczenia w nowszych czasach nad trawieniem żołądka: Kretschy, Uffelmann i Ch. Richet używając indywiduów z przypadkowemi przetokami żołądkowemi. Doświadczenia w celu zbadania wessania ciał w żołądku są mniéj liczne i przedsiębrane li tylko na zwierzętach w powyżéj wspomniany sposób. Tiedemann i Gmelin stwierdzili znikanie cieczy wodnistéj z mleka w żołądku podwiązanym; Bouley i Caulin strychninu, Wildt w ogólności przetrawionych pokarmów a ostatecznie oznaczył H. Tappeiner przez doświadczenia (*Zeitschrift f. Biologie* B. XVI, p. 500) wykonane na psach i kotach wessanie cukru gronowego, siarkanu sodowego, tauryny i peptonu w żołądku. Wyniki z tych doświadczeń zwierzęcych dadzą się tylko ze zastrzeżeniem przenieść na człowieka, a nadto połączone z rękoczynami pociągającemi za sobą zmiany patologiczne w czynnościach żołądka nie zapewniają czystych wypadków. Z drugiéj strony ścisłe doświadczenia na żołądku ludzkim wyma-

galyby chyba wiwisekcyi; gdyż aby oznaczyć ilość wessanego ciała, potrzeba znać ilość ciała, jaka ubyła przez odźwiernik i całkowitą pozostałość w żołądku a oznaczenia te na człowieku są niewykonalne. Pozostaje tylko możność oznaczania odsetkowego ciał zawartych w płynnéj części żołądkowéj wyciągniętéj za pomocy sondy. W jaki sposób i o ile zaszłe zmiany w płynie wprowadzonym a potém wydobytym ze żołądka dadzą się użyć do oznaczenia chłonięcia żołądkowego, wykaże następująca rozprawka.

Wprowadzając do żołądka roczyn dwóch soli A i B, których treść odsetkowa w rozczynie wynosi $a\%$ i $b\%$, to stosunek mięszaniny będzie $a : b = r$. Jeżeli ten rozczyn dostanie się do żołądka, rozcieńczy się on przez tam znajdującą się już ilość płynu, jakotéż i przez sok żołądkowy, ciągle się wydzielający, następnie jeżeli rozczyn przez czas doświadczenia przez odźwiernik przechodzić będzie, to w razie gdyby chłonięcie żołądkowe miejsca nie miało, treść odsetkowa obydwu soli w rozczynie zmieni się na a_1 i b_1, lecz w obec działania tych samych warunków na obydwie sole równocześnie stosunek mięszaniny zostanie ten sam t. j. $a_1 : b_1 = r$, który to stosunek zostanie również ten sam, gdyby obydwie sole w równym stosunku zostawały wessane. Jeżeli jednak chłonięcie obydwu soli w żołądku nie następuje w tym samym stosunku, to i treść odsetkowa obydwu soli w rozczynie nie będzie a_1 i b_1 tylko np. a_2 i b_2 a wykładnik stosunku $a_2 : b_2 = \rho$ różny od wykładnika r. Im więcéj wartość dla ρ różni się od r, tém większa zmiana w mięszaninie rozczynów, tém większą jest różnica między chłonięciem soli A i B; dla tego zmiany zaszłe w stosunkach $a : b$ i $a_2 : b_2$ a względnie wielkość ich wykładników r i ρ mogą posłużyć do ocenienia wessania żołądkowego dwóch soli względem siebie. Aby tą zmianę liczebnie przedstawić przypuśćmy, że obliczono $r > \rho$, co znaczy, że $a_2 < b_2$, czyli treść odsetkowa soli A względem soli B w cieczy żołądkowéj stała się mniejszą, niż tego wymaga stosunek $a : b$, wtenczas potrzeba, aby pierwotny stosunek mięszaniny soli w zadanym rozczynie utrzymać, stosunek a_2 i b_2, a właściwie zmniejszoną treść odsetkową a_2 soli A zostającą w rozczynie żołądkowym pomnożyć przez współczynnik α, wtedy będzie:

$$a_2\alpha : b_2 = r, \text{ ztąd } \alpha = \frac{b_2}{a_2}\, r = \frac{r}{\rho} \quad \text{I.}$$

Jeżeli zaś znaleziono $\rho > r$ z powodu, że $a_2 > b_2$, co znaczy, że treść odsetkowa b_2 soli B względem a_2 soli w cieczy żołądkowéj się zmniejszyła, to trzeba dla zrównania z pierwotnym stosunkiem $a : b$ rozczynu zadanego, stosunek $a_2 : b_2$ czyli właściwie b_2 pomnożyć przez współczynnik α; wtedy będzie:

$$a_2 : b_2\alpha = r, \text{ ztąd } \alpha = \frac{a_2}{b_2}\,\frac{1}{r} = \frac{\rho}{r} \;; \text{ II.}$$

gdzie współczynnik α oznacza, ile razy treść odsetkowa jednéj soli względem drugiéj się zmniejszyła lub zwiększyła w cieczy żołądkowéj w porównaniu do pierwotnego stosunku mięszaniny w zadanéj cieczy, i służy oraz do zrównania obydwu stosunków ($a : b$ i $a_2 : b_2$) zmienionych przez wessanie żołądkowe, dla tego nazywam α zamiennikiem tych stosunków.

Powyższe wyniki I i II dadzą się w przenośnéj formie w następujących wyrazach przedstawić: W przypadku jeżeli

$$\left.\begin{array}{l} r \underset{\alpha}{>} \rho, \text{ będzie } A \underset{\alpha}{<} : B \\ \text{a jeżeli } r \underset{\alpha}{<} \rho, \text{ będzie } A \underset{\alpha}{>} : B \end{array}\right\} \text{III.}$$

co czytać należy: treść odsetkowa a_2 soli A w cieczy żołądkowéj zmniejszyła się względem téjże b_2 soli B α razy w pierwszym przypadku a zwiększyła się tyleż razy w drugim przypadku. Ubytek względny treści odsetkowéj soli w cieczy żołądkowéj przypisać należy li tylko wessaniu żołądkowemu, zatém i wnioskować należy, że wessanie soli, któréj ilość odsetkowa się zmniejszyła, we większéj ilości nastąpiło niż drugiéj, i to w tém większéj, im większą powstała zmiana między stosunkami $a : b$ i $a_2 : b_2$ t. j. im większy zamiennik α. Przenosząc przeto wyrazy z pod III. na oznaczenie niemi wielkości wessania względnego otrzyma się je we formie odwrotnéj, gdyż im mniéj soli w rozczynie pozostało, tém więcéj z niego zostało wessane i przeciwnie; wyrazy III zatém przejdą na:

$$A \underset{\alpha}{>} B \text{ i } A \underset{\alpha}{<} B \text{ IV.}$$

co czytać należy: sól A zostaje we większéj (a w drugim wyrazie w mniejszéj) ilości wessaną niż sól B przy różnicy (granicy) liczebnéj α. Liczba α nie daje miary bezwzględnéj dla wessania soli A i B, gdyż ona jest zmienną, stosownie do czasu trwania doświadczenia a równocześnie zależną od stosunku wzajemnego, w jakim sole opuszczają żołądek przez odźwiernik. Jeżeli bowiem znajduje się w żołądku w początku doświadczenia rozczyn, w którym stosunek soli jest $a : b$, to w skutek chłonięcia nastąpi już zmiana tego stosunku

na $\alpha_1 : \beta_1$ i w tym stosunku część płynu przez odźwiernik odpłynie a nie w stosunku pierwotnym $a : b$. W następnéj chwili zmieni się stosunek $\alpha_1 : \beta_1$

na $\alpha_2 : \beta_2$ i w tym stosunku znów część płynu odpłynie. W trzeciéj chwili zmieni się

na $\alpha_3 : \beta_3$ i w tym stosunku część rozczynu przez odźwiernik odpłynie itd.

które to stosunki są zależne od współczynników wessania obydwu soli, które dla żołądka człowieka nie są znane. W różnych więc czasach przerywając doświadczenie znajdzie się stosunek między obydwiema solami $\alpha_1 : \beta_1$ w cieczy żołądkowéj różny, zatém i zamiennik α dla tych samych soli inny. Stosunek α_1 i β_1 zostałby w ciągu całego doświadczenia zawsze stały, gdyby odpływający przez odźwiernik rozczyn, także ciągle zachował stosunek zgęszczenia $\alpha_1 : \beta_1$, coby wtenczas tylko mogło mieć miejsce, gdyby pierwotny rozczyn obydwu soli był utworzony w stosunku ich dotąd nieznanych współczynników wessania żołądkowego.

Aczkolwiek zamiennik α dla tych samych soli jest zmienny, (bo w różnych fazach doświadczenia różny) i aczkolwiek ściśle nie da się powiedzieć, że ile razy treść odsetkowa soli A jest większą niż soli B co znaczy, że ten stosunek nie jest ściśle czysto odwrotnie proporcyjonalny, czyli używając wyrazów algebraicznych:

$A \underset{\alpha}{<} : B$ nie da się stosując go do wessanéj ilości wprost przeciwnie napisać $A \underset{\alpha}{>} : B$, gdyż stosunek wessanéj ilości soli A względem soli B zostaje jeszcze, oprócz wpływu wessania w samym żołądku, zmodyfikowany przez ciągłą zmianę w stosunku mięszaniny wypływającéj przez odźwiernik cieczy, a będącą każdorazową wypadkową z pierwotnego stosunku $a : b$ i ze stosunku współczynników wessania żołądkowego dla obydwu soli; to zawsze wnioskować trzeba, że pod względem ilości wessania obydwu soli wyrazy $A \underset{\alpha}{>} B$ lub $A \underset{\alpha}{<} B$ są zupełnie prawdziwe i znaczą, że ilość wessana soli A jest większą (w drugim wyrazie mniejszą) niż B przy różnicy α, gdzie α pozwala oceniać, o ile dwie sole zbliżają lub oddalają się od siebie pod wzglę-

dem wessania, gdyż im większe okazało się zmniejszenie odsetkowe soli A względem B w cieczy żołądkowéj (t. j. im większe jest α), tém więcéj (chociaż nie w tym samym prostym stosunku) z tego ubytku przypadnie na część wessaną soli A. Im więcéj α zbliża się do jedności, tém mniéj obydwie sole pod względem wessania (zatém i ich współczynniki wessania) od siebie się różnią; przy $\frac{r}{\rho} = \alpha = 1$ będzie $r = \rho$ t. j. zmiana w mięszaninie rozczynów nie nastąpiła, przeto i wessanie soli jest równe. Im więcéj α różni się od jedności czyli $\alpha > 1$, tém różnica we wessaniu dwóch soli będzie większa, gdyż i zmiana w mięszaninie rozczynów jest większa t. j. $r > \rho$.

Jeżeli daléj badając zachowanie się rozczynów raz soli A i B, drugi raz soli B i C przy tych samych warunkach w żołądku, przyjdzie się do wyniku:

$$A \underset{\alpha}{>} B \text{ gdzie } \alpha > \alpha_1,\ C \underset{\alpha_1}{>} B$$

to należy przypuścić, że jeżeli sole A i C bywają we większéj ilości wchłonięte niż sól B, a sól A w o wiele większéj względem B niż sól C, także wessanie soli $A > C$ bez wiadoméj jednak między niemi różnicy. Zatém porządek wessania tych trzech soli będzie: $A > C \underset{\alpha}{>} B$; jeżeli przeciwnie wypadek doświadczenia wykaże

$$A \underset{\alpha}{<} B, \text{ gdzie } \alpha > \alpha_1;\ \text{a } C \underset{\alpha_1}{<} B$$

to ponieważ sól C dla swéj mniejszéj różnicy znajduje się bliżéj soli najwięcéj wessalnéj B, to porządek w jakim te sole bywają wessane będzie następujący: $B \underset{\alpha_1}{>} C > A$.

Jeżeli zaś dwa doświadczenia z rozczynami o dwóch różnych solach A i B, C i D uskutecznione jednak przy tych samych warunkach wykazują:

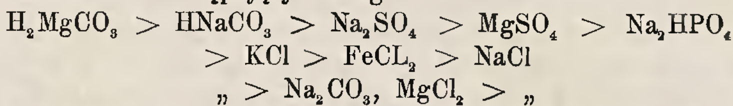
$$A \underset{\alpha}{>} B, \text{ gdzie } \alpha > \alpha_1,\ C \underset{\alpha_1}{>} D$$

to można tylko ten wniosek na wessanie tych soli uczynić, że ilość wessanéj soli A względem B wynosi więcéj, niż soli C stosunkowo do D; dalsze porównanie byłoby tylko możliwe, gdyby przez trzecie doświadczenie oznaczono tylko np. $B \underset{\alpha_2}{>} D$.

Według powyższych przewodnich myśli, które jeszcze na pierwszym szczegółowym przypadku bliżéj objaśnię, wykonałem poniżéj przytoczone doświadczenia z kilkunastoma różnemi rozczynami solnemi pojedynczemi i złożonemi na 28-letnim mężczyźnie usposobienia hypochondrycznego, nie mającego żadnych przedmiotowych zmian chorobowych ze strony żołądka. Inicyjatywę i wskazanie kierunku dla niniejszych doświadczeń zawdzięczam prof. Leubemu w Erlandze, gdzie uczęszczając na jego klinikę w roku zeszłym rozpocząłem tam w pracowni klinicznéj podręcznéj doświadczenia nad zachowaniem się siarkanu sodowego i magnowego w żołądku ludzkim. Lecz właściwéj pracy dokonałem tutaj w mojéj pracowni ze zastosowaniem wszelkich ostrożności przy wykonaniu samych doświadczeń i rozbiorów chemicznych, mogących wpływać na ścisłość wyników. Badany mężczyzna przychodził pieszo z odległości dwóch kilometrów do pracowni w stanie czczym rano. Na wieczór jadł tylko płynne pokarmy (polewki, mleko) a na rano w czasie doświadczeń ani razu nie znaleziono resztek pokarmów. O pewnéj godzinie rano wypijał odmierzoną ilość rozczynu (zwykle 500kcm.) chemiczne czystych soli, poczém zwykle siedział cały czas aż do wypróżnienia żołądka za pomocą sondy kauczukowéj miękkiéj przy pomocy pompy aspiracyjnéj wodnéj, w tym celu umyślnie urządzonéj. Ciecz ze żołądka aspirowano dopóty, dopóki po kilkakrotnych bezskutecznych usiłowaniach nic więcéj ze żołądka wydostać nie można było. Doświadczenia przedsiębrano co drugi dzień.

Wyniki, jakie z poniżéj przytoczonych doświadczeń wypadają, są następujące:

1. W żołądku człowieka następuje chłonięcie pojedynczych soli i to w różnym stosunku zależne od ich składu chemicznego. Pod względem chłonięcia żołądkowego tworzą badane sole następujący szereg:



$H_2MgCO_3 > HNaCO_3 > Na_2SO_4 > MgSO_4 > Na_2HPO_4$
$> KCl > FeCL_2 > NaCl$
„ $> Na_2CO_3$, $MgCl_2 >$ „

w którym to szeregu każda następująca sól bywa w mniejszéj ilości wessana od poprzedzającéj.

2) Węglany kwaśne bywają najszybciéj wessane dośw. *s*, *t*); chlorki najpowolniéj szczególnie $FeCl_2$ (dośw. *w*, *z*); siarkany zajmują miejsce środkowe.

3) Różnica między chłonięciem dwóch soli staje się wybitniejszą, im dłużéj płyn pozostaje w żołądku.

4) Obecność kwasów w żołądku (przez co się tworzą sole kwaśne) przyspiesza wessanie soli, a różnica chłonięcia pojedyńczych soli względem siebie staje się wybitniejszą (dośw. *k*, *z*).

Kw. węglowy nadto przyczynia się do wcześniejszego wypróżnienia żołądka (dośw. *p*, *s*); podczas gdy alkaliczność rozczynu opaźnia wypróżnienie żołądka (dośw. *o*, *r*).

Wprowadzony kw. solny do żołądka zwiększa jego kwasotę (dośw. *k*).

5) Obecność soli kuchennéj w cieczy żołądkowéj ani nie przyspiesza wypróżnienia żołądka (dośw. *o*, *p*, *s*, *t*), ani nie powiększa wydzielania się kwasu solnego przez błonę śluzową (dośw. *o*, *p*, *r*), owszem działa w obydwu kierunkach ujemnie.

6) Ilość wydzielonego chloru w żołądku powiększa się α) z alkalicznością rozczynu (dośw. *k*, *o*, *p*, *s*); β) z dłuższém przebywaniem rozczynu w żołądku (dośw. *h*, *i*, *j*).

7) Woda przekroplona wprowadzona do żołądka sprawiła wydzielanie się treści kwaśnéj (kw. solnego) i to o tém większéj kwasocie, im jéj ciepłota jest niższą (dośw. *d*, *e*, *f*.)

8) Po upływie godziny pozostaje jeszcze w żołądku taka ilość rozczynu soli (zadanego w ilości 500kcm.), że może być jeszcze sondą wyciągnięta (dośw. *i*); podczas gdy po wprowadzeniu téj saméj ilości wody przekroplonéj już po upływie pół godziny mało co wyciągnąć można było (dośw. *d*).

9) Ruch ciała (chodzenie) przyspiesza wypróżnianie się żołądka (dośw. *a*, *b*).

10) Kwas i zasada téj saméj soli zostają w innym stosunku wessane aniżeli się znajdują w zadanéj soli, jeżeli ta doznaje zmiany chemicznéj w treści żołądkowéj (dośw. *l*. *m*).

Przytoczone wyniki są wyprowadzone z doświadczeń li tylko na jedném indywiduum wykonanych, mogą więc być bardzo zależne od zmian indywidualnych, dla tego należy je tylko ze zastrzeżeniem uważać jako ogólne. Chociaż z drugiéj strony, jako będące wykonane pod temi samemi warunkami, dają możność porównania ich między sobą.

Aby dojść do najkorzystniejszych warunków badania przedsięwzięto szereg doświadczeń wstępnych z wodą przekroploną i rozczynami solnemi, z których niektóre z powodu otrzymanych wyników są pouczające. (C. d. n).

IV. O wycinaniu odźwiernika.

Wykład kliniczny.

Podał **Dr. Rydygier.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 38).

Akt III. operacyjny. Wycięcie chorego odźwiernika.

W tym akcie różni się mój sposób operowania od Billrotowskiego. Podczas gdy ja zamknięcie przeciąć się mającego światła za pomocą narzędzi uważam za koniecznie potrzebne, Billroth twierdzi, że to jest zbytecznem. W ostatnim czasie atoli już i Billroth zaczyna zamykać światło dwunastnicy za pomocą tymczasowéj podwiązki jedwabnéj, a Wölfler, który nie dawno temu głosił, że zalecane przezemnie zamykanie światła jest wcale a wcale niepotrzebném, opisuje je teraz jako bardzo użyteczną pomoc. (*Ueber einen neuen Fall von gelungener Resection des carcinomatösen Pylorus, Wien. med. Woch.* 1881 Nr. 51).

W pracach moich powyżéj wspomnianych starałem się już dawniéj dowieść, jak użytecznem i łatwém jest zamknięcie światła za pomocą narzędzi, to samo zalecał i Wehr, a Albert nazywa to w swoim podręczniku dobrą myślą, tak że teraz tylko kilka słów potrzebuję téj kwestyi poświęcić.

Nikt o tém nie wątpi, że już kilka kropli treści żołądko-jelitowéj wystarcza do wywołania śmiertelnego zapalenia otrzewny. Nikt téż nie może zaprzeczyć, że zostawiając otwartém przecięte światło, nigdy nie możemy być zupełnie pewni, żeby podobne nieszczęście nie mogło nam się nigdy wydarzyć. Jak łatwo może chory niespodziewanie się poruszyć, jak łatwo mogą nagle wymioty wystąpić i zupełnie niespodziewanie z otwartego światła przeciętéj dwunastnicy lub żołądka pewną ilość treści nagle do jamy brzusznéj wylać. W 2gim moim przypadku, gdzie dla osobliwszych stosunków byłem zmuszony porzucić uciskadło na dwunastnicy, widzieliśmy podczas operacyi, jak od czasu do czasu mała ilość płynu żółcią zabarwionego z dwunastnicy wypłynęła bez żadnego poruszenia ze strony chorego, a jeden asystent był całkiem zatrudniony pilném strzeżeniem przeciętego światła, ażeby nic nie wpłynęło do jamy otrzewnowéj. Że nie zawsze uda się temu zapobiedz mimo największéj uwagi, tego dowodzi przypadek Nicolaysena (Nr. 6), w którym *„pendant l'operation un liquide de couleur bilieuse repassa le duodénum, et une goutte coula quelque peu sur la surface peritonéale de l'intestin.“* Wprawdzie natychmiast starto płyn; o ile atoli to wystarczy, żeby chorego uchronić od zapalenia otrzewny, nad tém nie potrzebuję się rozwodzić. Przy badaniu pośmiertném znaleziono płyn żółciowy na dwunastnicy, podług zdania Nicolaysena przesiąkł on przez ściany pęcherza żółciowego(?!)

Jeżeli więc Billrothowi w jego 5, resp. z Wölflerowskim, 6 przypadkach zawsze szczęście służyło i nigdy nic z treści jelitowéj nie wypłynęło, to tylko dowodzi, że ma bardzo zdatnych i uważnych asystentów, ale wcale nie dowodzi, żeby mu się w przyszłości nigdy zdarzyć nie mogło.

Nie widzę żadnéj przyczyny, dlaczegobym się miał dobrowolnie pozbawiać środka pomocniczego i zabezpieczającego, ażeby podczas znacznéj części operacyi kłopotać się o możliwy wypływ treści jelitowéj, kiedy równocześnie jestem zajęty innemi nie mniéj ważnemi i trudnemi rękoczynami. Takie opuszczenie byłoby jeszcze tém więcéj nieuzasadnione, jeżeli posiadamy narzędzie, które pewno, łatwo i bez wielkich zabiegów to zadanie wypełnia. Uznał to téż Billroth, jak już wspomniałem, co do dwunastnicy, spodziewajmy się, że wkrótce pochwali i co do żołądka.

Kto na żołądek założył elastyczne uciskadła, tego już nie będzie kusiło wypłókiwać go kwasem salicylowym lub wycierać gąbkami, co uważam za niedozwolone, bo mogłoby czasem nieszczęśliwym sposobem kilka kropli wypłynąć lub skapnąć do jamy brzusznéj.—Po dokładném wypłókaniu żołądka wodą salicylową przed rozpoczęciem operacyi nie potrzebujemy się obawiać pozostawionéj małéj ilości płynu; odwietrzona treść żołądka nie wywrze złego wpływu na ranę. Wszak i tak nie jesteśmy w stanie ani na krótki czas uchronić rany od zetknięcia się czy to z szybko wytwarzającym się sokiem żołądkowym, czy téż treścią dwunastnicy.

Nasze postępowanie jest więc w tym akcie następujące:

Po zupełném oddzieleniu guza kładziemy pod niego małą kompresę z przeciwgnilnéj gazy, umaczanéj w ciepłym 2% rozczynie karbolowym. Następnie nakładamy elastyczne uciskadła, co się zupełnie dobrze udaje bez dalszego oddzielania przyczepów sieci, jak do miejsca, gdzie zamierzamy ściany przeciąć. Gdyby wyjątkowo miała jaka trudność pod tym względem zachodzić, natenczas możemy nitkę gumową przez sieć po obu stronach pręcików przeciągnąć i zawiązać, przez co zarazem zabezpieczymy się od przypadkowego zesunięcia uciskadeł. Jeżeli żołądek mamy przeciąć skośnie w sposób, jak to powyżéj opiszę, natenczas zakładamy i uciskadła na niego skośnie pozostawiając pomiędzy niemi a guzem przeszło 1½ cm. zdrowéj tkanki. Ściany dwunastnicy i żołądka przecinamy tak, że ¾ cm. wystaje z uciskadeł. W tym momencie, kiedy operator przecina ścianę, asystent odkłada przecięty koniec na zewnątrz po nad ściany brzuszne i oczyszcza światło tamponikami i spłókaniem. Zwykle przecinamy najprzód ściany żołądka. W ten sam sposób postępujemy przy dwunastnicy. Wywijającą się po przecięciu błonę śluzową obcinamy porówno *(en niveau)* z innemi warstwami ściany żołądkowéj resp. dwunastnicy. Teraz tamujemy dokładnie krwotok, zakładając na małe tętniczki ścian w razie potrzeby podwiązki z cienkiego katgutu. Następnie wypada mi pomówić i o wyrównaniu nierównie szerokich świateł. Po prostopadłém przecięciu ścian żołądka i dwunastnicy brzegi nie stosują się do siebie. Gussenbauer i Kaiser (l. c.) w swoich doświadczeniach połączyli poprostu pozostające brzegi żołądka ze sobą tworząc tym sposobem wstawkę u dołu. W ten sam sposób postąpił sobie Billroth w 2gim swoim przypadku, jak to pokazuje fig. VI. *a* i *b.* dokładnie podług Wölflera (l. c.) skopiowana. Przypadek ten zarazem dowodzi, jak złém jest to postępowanie: u dołu tworzy się torba, w któréj się potrawy zatrzymują. Jeśli dołączy się do tego jeszcze choćby nieznaczne zagięcie *(Abknickung)* lub przekręcenie *(Axendrehung)* na miejscu połączenia, natenczas następuje zupełna niedrożność, żołądek wcale nie może się wypróżnić, występują wymioty, jak w przypadku Billrotha i chory musi umrzeć. Tego się z góry obawiałem w pierwszym moim przypadku i dlatego użyłem sposobu zwężeń światła żołądkowego, jaki późniéj z małą zmianą i Billrothowi służył, a teraz ogólnie jest przyjęty. Widząc po zeszyciu dwunastnicy z żołądkiem, że pozostaje u dołu jeszcze dużo wolnego brzegu żołądka, a obawiając się, żeby w powstałéj przez zeszycie tych wolnych brzegów wstawce nie zatrzymywały się potrawy, ściąłem je skośnie, wyciąłem więc trójkąt z wielkiéj krzywizny żołądka, którego jedno ramię tworzyły nadstające wolne brzegi żołądka; przez to otrzymałem postać

żołądka podobną do prawidłowéj (zob. fig. I. *a* i *b.*)[1]) Przecięcie żołądka przedstawiało więc liniję skośno-kątną, przebiegającą od prawéj strony i góry, ku lewéj i dołowi. — Na X. Zjeździe chirurgów w Berlinie dnia 8 kwietnia 1881 r. opisywałem sposób przecinania żołądka, jaki przedstawia fig. III. *a* i *b.*, którą wtenczas kolegom przedłożyłem (*Ueber Magenresection mit Demonstration von Praeparaten, Verhandl. d. Dt. Gesellschaft f. Chirurgie X. Congress.*) Tu poprowadziłem cięcie od lewéj strony i góry ku prawéj i dołowi, a dwunastnicę połączyłem z wielką krzywizną. Zupełnie podobnego cięcia użył Billroth w 3cim swoim przypadku przekonawszy się o złowrogiém znaczeniu wstawki u dołu przy pośmiertném badaniu swego drugiego przypadku: przeciął on ściany żołądka skośnie (bez kątowego złamania linii) od góry i lewéj strony ku dołowi i prawéj stronie, a dwunastnicę téż przyszył do wielkiéj krzywizny (fig. IV. *a* i *b*). Jeżeli zaś dwunastnicę wypada przyszyć do małéj krzywizny, natenczas przecina skośnie od prawéj strony i góry ku lewéj i dołowi. (Fig II. *a* i *b*). Wölfler (l. c.) chyba nie zrozumiał mnie twierdząc, że sposób p ó ź n i é j we Wiedniu używany zasadniczo różni się od mojego. Potrzebujemy tylko porównać załączone rysunki, z których przedstawia fig. I. *a* i *b*, i fig. III. *a* i *b* mój sposób, a fig. II. *a* i *b* i fig. IV. *a* i *b*, daléj fig. V. *a* i *b*. sposób we Wiedniu używany: a na pierwszy rzut oka przekonamy się o podobieństwie tych rycin, a fig. I. *b* i II. *b.*, daléj fig. III *b* i IV. *b*, nawet są jakby zupełnie te same. Główna różnica polega tylko na odmiennéj nazwie sposobu: podczas gdy ja oznaczam wyciętą część, to Wölfler podaje przebieg cięcia. Powstało to ztąd, że w pierwszym moim przypadku (fig. I. *a* i *b*) nie miałem gotowego sposobu operowania, ale musiałem go sobie wytworzyć na stole operacyjnym, i dlatego téż nie przeciąłem ścian żołądka odrazu w kierunku linii *a*, *b*, *c* (fig. I. *a*). (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Baumgarten: O gruźlicy utajonej.

Widać, że jeszcze dalecy musimy być od prawdziwego poznania gruźlicy, skoro o chorobie, którą znamy od przeszło dwóch tysięcy lat, pojęcia dotychczas ustalić nie możemy, odkrywając ciągle nowe szczegóły, skoro dzień jutrzejszy obala to, co dziś uchodzi jako pewnik. Przed niedawnym jeszcze czasem nazwanoby grubém nieuctwem identyfikowanie suchót płucnych i gruźlicy płuc, a oto dziś przychodzi nam zdać sprawę z pracy, któréj myślą przewodnią jest owa zasada a któréj autor z całą stanowczością broniąc swych zapatrywań przenosi nas w czasy L a ë n n e c a. Długie lata utrzymywał się w nauce pewnik o istnieniu tylko suchót gruźliczych, jak to głosił Laënnec. Widziano rzeczywiście tylko postać ziarnistą gruźlicy, dziś zwaną prosówkową oraz postać jéj naciekową, któréj zejściem bywa „zniszczenie, owrzodzenie płuc“, z wytwarzaniem się jam rozpadowych, nadających płucu owo cechujące wejrzenie. Suchoty były niemocą swoistą, a przekonanie, że właściwie istnieje tylko jeden rodzaj suchót, było ogólném, wyrażeń gruźlica płuc i suchoty płucne używano *promiscue* na oznaczenie téjże saméj sprawy chorobowéj. Dopiero w połowie stulecia bieżącego Virchow ocenia należycie znaczenie gruzełka, wykazuje, że przeistoczenie sérowate właściwém jest nietylko gruzełkom, gruźliczym wytworom, lecz w ogóle produktom zapalnym, że serowacenie jest jedną z postaci przeobrażeń wstecznych. Ztąd wiele „gruźlic płucnych“ uważa za sprawy zapalne, które tylko swém zejściem ostateczném i wejrzeniem podobne są do właściwéj gruźlicy płucnéj, lecz co do istoty jednakże ściśle należy rozróżnić *Phthisis pulmonum* od *Tuberculosis*. Tylko pewna ilość przypadków suchót płucnych jest „gruźliczą“, zazwyczaj mamy przed sobą tylko przewłoczne serowate zapalenie płuc i oskrzeli (*Bronchopneumonia caseosa*). Suchoty płucne mogą być tedy dwojakie, albo polegające na sprawie swoistéj, gruźliczéj, albo na różnorodnych sprawach zapalnych (*tuberkulöse u. entzündliche Lungenphthise*, jak Niemcy się wyrażają).

Gruzełek jest nowotworem do grupy „ziarniaków“ (*Granulomata*) należącym, i jest podstawą zmian w płucach „gruźliczych“. Zmiany sérowate, rozpadowe, tylko w tym przypadku możemy uważać jako gruźlicze, jeżeli ich bezpośredni związek z gruzełkami wykażemy.

Doświadczalna patologija wykryła znaczenie swoistych mas serowatych, jako istoty jad gruźliczy zawierającéj, wykazała, że gruźlica jest chorobą przenośną, infekcyjną, swoistą, wykryła w końcu i związek zachodzący między suchotami a gruźlicą płuc, nie mieszcząc wszelako ścisłych granic między niemi. Był czas nawet, gdzie usiłowano jeszcze jaskrawsze podawać różnice, gdzie przyjmowano masy serowate swoiste, z gruzełków pochodzące i gruźlicę produkujące, i masy serowate nieswoiste, które właśnie tém się cechowały, że nigdy gruźlicy zapomocą nich, drogą doświadczalną sprowadzić nie można było. Wyrazem téj dwoistości był przedewszystkiém ogólnie przyjęty podział zmian suchotniczych płuc na gruźlicze i niegruźlicze.

Dualizm wprowadzony przez Virchowa do nauki o suchotach płucnych, przecież, pomimo niezwykłego znaczenia i czci dla inicyjatora, nie ostał się.

Przedewszystkiém odkrycie gruzełków, owych specyficznych znamion gruźlicy, w takich sprawach chorobowych, w których nie przypuszczano gruźlicy, lub wręcz ją wykluczano, zachwiało mocno swoistém znaczeniem tych guzków. Przypominamy odkrycie gruzełków w grzybowatém zapaleniu stawów przez K ö s t e r a (*Arthritis fungosa*), daléj w zołzowym guzie gruczołowym przez S c h ü p p e l a niemniéj w produktach przy *ostitis* i *osteomyelitis caseosa*, w ropniach i owrzodzeniach u chorych zołzowych (K ö s t e r, F r i e d l ä n d e r, zaś ze strony klinicystów chirurgów V o l k m a n n, H ü t e r, K ö n i g.

Dalsze poszukiwania z dniem każdym wzbogacały ilość chorób pojęciem gruźlicy objętych. Przekonano się, że i przy wielu sprawach zapalnych wypocinowych, przewłocznych, sadowiących się na błonach surowiczych, również znachodzą się gruzełki, szczególniéj w tych przypadkach, gdzie wypocina serowacieje. We Francyi i Niemczech pojawiają się rychło poglądy zaliczające w końcu i suchoty płucne (*Phthisis caseosa*) do gruźlicy, identyfikujące obie choroby, tak jak to na początku stulecia naszego już Laënnec czynił.

Praca z któréj obecnie sprawę zdać mamy (B a u m g a r t e n: *Über latente Tuberculose, Volkmanns Sammlung* Nr. 218) stara się również wykazać, że nie masz różnicy między suchotami „zapalnemi a gruźliczemi“ (*entzündliche u. tuberkulöse Lungenphthise*). — B a u m g a r t e n, po udowodnieniu tego zadania, przechodzi dopiero do swego założenia właściwego do „gruźlicy utajonéj“. Jakkolwiek dowody nie wszystkie są nowe, to przecież po raz pierwszy spotykamy

[1]) Ryciny podamy w końcu. *Red.*

się z krytycznem i na rozległem własnem doświadczeniu opartem zdaniu, oświadczającem się bez ogródki za identycznością obu wyżej wymienionych chorób płucnych. [1]).

Z obszernych wywodów autora dadzą się wyprowadzić następujące wnioski, które zarazem uważać można za ścisłe dowody dla zdania, że obok „gruźliczych suchot" i suchoty płucne, na zapaleniu polegające, również są przyrody gruźliczej.

A) Dowody histologiczne. Friedländer już w 1873, Rindfleisch i Köster nieco później, a w końcu autor sam, na podstawie kilkoletnich doświadczeń, wykazali, że „przy wszystkich postaciach zapaleń płucnych suchotniczych można stwierdzić obecność prawdziwych gruzełków wpośród utkania płucnego, które uległo proliferacyi zapalnej". B. wypowiada przy téj sposobności zdanie, że gruzełek nie jest, jak sądził Virchow, nowotworem swoistym, lecz tylko „przewlocznem drobniutkiem ogniskiem zapalnem". Komórki olbrzymie znachodzą się zawsze wśród serowatych zapaleń płuc suchotniczych, tak ogniskowych, prosówkowych zapaleń, jak w rozległych naciekach serowatych i guzach. Komórki tedy olbrzymie nie mogą stanowić różnicy. Lecz istnieją jeszcze inne ważne okoliczności. I tak przypuszczamy, że gruzełek prosówkowy różni się tak od ognisk zapalnych nieswoistych, sztucznie wywołanych, jak i od ognisk zapalnych, tworzących się w ustroju z innych przyczyn, własnością znaną od dawna, a tą jest skłonność do przeistoczeń serowatych. Otóż właściwość ta nader wybitnie, i w ten sam sposób zjawia się i przy zapaleniach płuc suchotniczych, nie różniących się zatem i w tym względzie od suchot gruźliczych. Dalszy szczegół, na który Virchow kładł nacisk, jest szczególniejsze usadowienie się spraw gruźliczych. W zapaleniach płuc serowatych sprawa rozwija się wśród pęcherzyków i oskrzeli płucnych, podczas gdy zmiany gruźlicze polegają na bujaniu tkanki kołooskrzelowéj. W zasadzie B. zgadza się z tém zapatrywaniem, lecz na podstawie swego doświadczenia twierdzi, że i w serowatych zapaleniach płuc suchotniczych znajdował nacieki i bujania tkanki kołooskrzelowéj, jak i na odwrót nieraz i w typowéj gruźlicy płucnej w samych już początkach „wypełniają się przestwory pęcherzykowe i światła najdrobniejszych oskrzelików utkaniem gruźliczem" (str. 5). Tyle zaś istnieje form przejściowych od „prosówkowych serowatych zapaleń płuc" Virchowa do jego prawdziwéj gruźlicy prosówkowéj płuc, że niepodobna nieraz rostrzygnąć, do któréj z tych kategoryj zaliczyć dany przypadek.

I rozmiary, w jakich wytwory spraw chorobowych się przedstawiają, nie przemawiają za odłączeniem suchot od gruźlicy. Znamy przecież postać prosówkową serowatych zapaleń płuc, jak z drugiej strony wiadomo, że i właściwa gruźlica płuc w postaci jednolitych, znacznych guzów przedstawić się może. (Dok. nast).

Virchow: O gruźlicy i o krwotokach płucnych.

Dziwnem uczuciem przejmują słowa ludzi genijalnych, wyznaczających całym generacyjom punkta wytyczne dla pracy, przyświecających długie dziesiątki lat kierunkom badań. Nadzwyczajnego wpływu i wyjątkowego znaczenia Virchowa nikt nie zaprzeczy. To też ilekroć razy odezwie się publicznie czy na mownicy poselskiéj, czy w gronie uczonem, skwapliwie chwyta się każde słówko, każdą myśl tego męża, u którego nie wiedzieć co bardziéj podziwiać, czy wiedzę iście fenomenalną, czy dar badawczy, czy rzutność i gotowość młodzieńczą do prac choćby i najcięższych. Świeżym dowodem jego pobyt na Wschodzie, gdzie przy sposobności między innemi miał wykład o gruźlicy i o krwotokach płucnych. Dotąd nigdzie Virchow tak wyczerpująco nie przedstawił swych własnych poglądów na te sprawy, potrzeba było posiedzenia Tow. lekarzy kaukaskich w Tyflisie [1]). Jakkolwiek nie jeden szczegół jest znanym, to przecież zasługują uwagi autora na podaniu ich szerszym kołom, choćby tylko dlatego, że przedstawiają obecne osobiste poglądy Virchowa. Pominąwszy krwotoki płucne wśród skorbutu, wad sercowych, cierpień urazowych, twierdzić można, że wszelki krwotok płucny polega na owrzodzeniu. Mylnem jest zdanie, jakoby krwotok taki mógł czasem być wynikiem zadrażnienia błony śluzowéj. „Jako zasadę oświadczam, że krwotok znaczy wrzodzenie," powiada Virchow. Przedewszystkiem należy się rozpatrzeć w stosunkach, wśród jakich owrzodzenia w przebiegu suchót się rozwijają. Autor przypomina, że od dawna sprzeciwia się pojmowaniu Laënneca, jakoby suchoty wszelkie były przyrody gruźliczéj (zob. referat z pracy Baumgartena „o gruźlicy utajonéj" umieszczony powyżéj). Otóż zdaniem T. był to błąd równie olbrzymi, jak wielką była sława Laënneca. Nie mniéj dziwnem znajduje autor i to, że podział na gruźlicę naciekową i ziarnistą (granulacyjną) tak długo mógł utrzymać się. Granulacyja a naciek są to jednak rzeczy zupełnie odrębne. Przeświadczenie o tém widocznem się staje dopiero wtedy, gdy V. wystąpił przeciw innéj illuzyi dotyczącéj gruzełka prosówkowego. Gruzełki t. zw. prosówkowe płuca w rzeczywistości wcale nie są gruzełkami. Gruzełek prawdziwy pierwotnie jest daleko mniejszym niż ziarno prosa (*milium*), jest on *„submiliaris,"* a gdy istotny gruzełek dochodzi czasem do rozmiarów ziarna prosa, to można przypuścić, że gruzełek ten z kiku ziarn „submiliarnych" się składa.

Gruzełki (*submiliare Tuberkel*) zjawiają się w płucach w dwóch postaciach. Jedna odnosi się do t. zw. gruzełka oskrzelowego rozwijającego się w saméj ścianie oskrzela, najczęściéj w błonie śluzowéj, i przechodzącego szybko we wrzodzenie. Należy go uważać przynajmniéj *in praxi* jako nieuleczny. W miejscu tém rozwija się wrzód w postaci „dołeczka soczewkowatego," w którego sąsiedztwie wytwarzają się nowe guzki rozpadające się i zwiększające ubytek dawniejszy, tak że wreszcie i cała ściana oskrzela zostaje zniszczoną a rozpad przechodzi na tkankę kołooskrzelową. W jéj sąsiedztwie rozwijają się sprawy zapalne (*pneumonia*), ze skłonnością do ropnego rozpadu. Są to sprawy stanowczo niegruźlicze. Dopóki sprawa chorobowa dotyczy oskrzeli i tkaniny kołooskrzelowéj, nie ma prawdziwego krwioplucia. Inaczéj ma się rzecz, gdy sam miąższ płuca zostaje zniszczonym. (*Ulceralio intralobularis*).

Druga postać przedstawia się jako gruźlica opłucnéj i tkanki łącznéj śródmiąższowéj lub nowowytworzonéj, sprawa, która nie wymaga teraz omówienia. Dla autora *„Bronchitis et bronchiolitis tuberculosa"* jest najistotniejszym wyrazem suchót gruźliczych (*Phthisis tuberculosa*).

Nim o krwotokach mówi, określa jeszcze V. właściwości serowatych zapaleń płuca. Posłuchajmy, co V. o nich mówi:

To co Laënnec nazwał naciekiem gruźliczym, jest spra-

[1]) Por. prace, które ogłosili Charcot, Lépine, Grancher, Cornil, Buhl etc.

[1]) Virchow mówił o zakładach zdrowotnych Kaukazu i o znaczeniu tychże dla suchotników. Podajemy tylko w streszczeniu to co w ogóle dotyczy gruźlicy.

wą zupełnie różną od poprzednio opisanéj. V. zgadza się z tym autorem, że obszar nacieku bywa bardzo nieznaczny, nawet nie jest zrazikowym, czasem rzeczywiście jak ziarno prosa wielkim. Nie mamy tu jednak wcale sprawy gruźliczéj, lecz sprawę zapalną, któréj produkta (wypocina) wypełniają przestwory pęcherzykowe. Znamy ją w postaci zapalenia płuc serowatego. Ilość zajętych pęcherzyków odpowiada rozległości zapalnego nacieku, który czasem może być zrazowym, najczęściéj jednak bywa drobnym, nieraz prosówkowym. Jakiż jest sposób powstawania rozpadu w takich ogniskach? Otóż naciek przybiera wejrzenie szarawe lub białawe, staje się przytém kruchszym i suchym i tak swém wejrzeniem jak swą spójnością przypomina ser. Gdy to się dzieje w samémże ognisku, obumiera równocześnie rusztowanie pęcherzykowe, jak beleczki istoty gębczastéj wśród zapalenia szpiku kostnego. Cała naciekła część obumiera, gdyż i krążenie włosowate, a wreszcie i ogólne, tu ustaje. Tkanina rozpada się w postaci rozmiękania, w naczyniach tworzą się zakrzepy, ztąd brak krwotoków w takich przypadkach. Jama rozpadowa poczyna się rozwijać od środka nacieku, chemicznie się przeobrażającego, utrzymujące się zaś jako tako rusztowanie alweolarne zostaje późniéj wraz z resztą treści wykaszlaném.

V. wyjaśniwszy tak rzecz co do miąższu wykazuje, że krwotoki zjawiają się wśród najróżnorodniejszych okoliczności, czasem jeszcze przy małych ogniskach w płucach, czasem zaś dopiero, gdy da się wykazać obecność jam po rozległych zniszczeniach. Z a l e ż y t o o d k i e r u n k u p o s t ę p u j ą c e g o r o z p a d u. Jeżeli rozpad miąższu płuca dąży w kierunku wnęki tegoż, tj. w tym kierunku, w którym do płuca wchodzą naczynia i oskrzela, to bardzo łatwo i naczynia mogą być nadwerężone. Najdłużéj wszelako opierają się tętnice płucne, mające ściany najgrubsze. Otóż proces rozpadowy przechodzi wprost na wielkie pnie naczyniowe lub też w naczyńkach krańcowych tworzą się drobne tętniaki, które pękają. Te dwa źródła są najczęstszym punktem wyjścia dla śmiertelnych krwotoków.

W żyłach tymczasem wytworzyły się już na znacznych przestrzeniach zakrzepy; krwotoki żylne należą też zdaniem autora do największych rzadkości, gdyż zakrzepy żylne daleko łatwiéj powstają niż tętnicze.

Skoro raz wytworzyła się jama, to w ścianach jéj rozwija się sprawa wrzodziejąca, zapalna na kształt dyfteryi, przyczém niszczeje coraz więcéj i w coraz dalszym obszarze tkanina płucna. Nekrotyzująca ta sprawa zapalna przechodzi i na naczynia, co również sprowadza krwotok. W jamach tedy rozpadowych rozróżnia V. trojaki rodzaj krwawienia:

1) *per diabrosin* (nadżarcie tętnic z boku).

2) *per rhexin* (pęknięcie tętniaków).

3) skutkiem nekrotyzującego wrzodzenia tkanki w kierunku wnęki płucnéj.

Wszystkie te krwotoki pochodzą z gałązek tętnicy płucnéj. Istnieje wszelako jeszcze czwarty rodzaj krwawienia, ze saméj powierzchni wrzodziejącéj, krwotok miąższowy, gdy powierzchnia wrzodziejąca pokryje się ziarniną łatwo broczącą. Źródłem tego krwawienia są n a c z y ń k a o s k r z e l o w e zazwyczaj nowowytworzonych gałęzi tętnicy oskrzelowéj i jéj naczyń włosowatych. Krwawienie to jednak jest nieznaczném i niegroźném.

Na zakończenie dodaje V. kilka szczegółów mogących wyjaśnić wartość leczniczą stacyj klimatycznych i wpływ tychże na krwotoki płucne, wykazując w czém uzdrowiska Kaukazu (Abastuman) przewyższają inne.

Żałować tylko wypada, że V. nie dotknął wcale kwestyi pasorzytniczéj gruźlicy, kilku słowy tylko wskazał, że „rozwój grzybków przyczynia się do postępowania sprawy wrzodziejącéj.“ Miałżeby berliński patolog jeszcze wciąż spoglądać na mykologiję z niedowierzaniem tém samém, jakie okazywał od lat kilkunastu dla odkryć własnych swych uczniów? Jest to dla Virchowa przedmiot, którego tylko w razie konieczném obrony własnéj dotyka. (*Virchows Arch.* Bd. 81, Heft 1). *Dr. Pisek.*

B r i c o n: **O kwasie sklerotynowym.**

Kwas sklerotynowy znajduje się w wyciągu sporyszowym. Dragendorff i Podwysocki wydzielili go z masy wyciągowéj. Dobry gatunek sporyszu podług tych badaczy zawiera kw. sklerotynowego 4—4,5%; wstrzykiwany żabom w ilości 0,03—4 przez Dragendorffa i Podwysockiego kw. sklerotynowy wywoływał stale objawy porażenia. Badania Nikityna w pracowni Rossbacha wykazały, że kw. sklerotynowy, a nieco w mniejszym stopniu sklerotynian sodowy, działają na zwierzęta identycznie z sporyszem. Główne objawy po zadaniu kwasu sklerotynowego, wywierającego wybitny wpływ na ośrodki mózgowe, polegać mają według Nikityna na porażeniu, zmniejszeniu ościennego parcia krwi i siły kurczowéj serca (u zimnokrewnych); w otruciu ostrém ciepłota stale do śmierci się obniża; ilość oddechów tak jak ilość skurczów serca stopniowo zmniejsza się do zupełnego ustania. Nikityn stanowczo utrzymuje, że po zadaniu kw. sklerotynowego macica kurczy się, bez względu czy jest próżną, lub pełną; jeśli skurcze już miały miejsce, stają się silniejszemi. Podczas każdego skurczu spostrzegał Nikityn blednienie macicy. Autor ten zachwala terapeutyczne działanie kw. sklerotynowego i radzi używać w tych przypadkach, w których uciekamy się do sporyszu. Kobert, Ganguillet Rennert, Prevost, Stumpf używali kw. sklerotynowego w celach klinicznych, lecz wyniki nie dały im możności wykazania wyższości kw. sklerotynowego nad ergotynem; przyczyna tych sprzecznych i niejasnych rezultatów polegać zdaje się z na stósowaniu nader małéj dawki u człowieka. Nikityn sądzi, że 0,2 jest w stanie wywołać skurcze macicy; lecz klinicyści utrzymują, że dopiero kilkakrotnie większe dawki uwidoczniły działanie kw. sklerotynowego na kurczenie się macicy. Dalsze i obfitsze badania wskażą, czy kw. sklerotynowy ma przyszłość w sztuce lekarskiéj. (*Le Progrès médical* 1882, Nr. 31). *Dr. Kwaśnicki.*

T. K ö l l i k e r: **Przyczynek do anatomii topograficznéj naczyń podkolanowych.**

W celu przekonania się, o ile przy wypiłowaniach stawu kolanowego naczynia krwionośne w dołku podkolanowym narażone są na niebezpieczeństwo zranienia, badał K. na zwłokach zamrożonych położenie żyły i tętnicy podkolanowéj. Badania te doprowadziły go do następnych wyników. Żyła podkolanowa opasuje koło tętnicy polowę ostréj spirali, leżąc w wysokości szczytu torebki mazistéj wyprężacza uda na zewnątrz i w jednéj płaszczyźnie z tętnicą; następnie zwraca się nieco na przednią jéj powierzchnię a od połowy rzepki zakręca się w tył tętnicy.

Co do przebiegu tętnicy przekonał się K., że wbrew rozpowszechnionemu mniemaniu naczynie to nie przebiega w linii środkowéj dołka podkolanowego, lecz zacząwszy od szczytu rzepki zbacza od niéj na zewnątrz. Oddalenie tętni-

cy od kości również nie jest jednakie w całym jéj przebiegu i podczas gdy oddalenie jéj od tylnéj powierzchni kłykci kości udowéj wynosi $1\frac{1}{2}$ cm., to na wysokości zewnętrznego kłykcia piszczela wynosi ono mniéj niż jeden cm., tak że przy odpiłowywaniu blaszki kostnéj z piszczela od przodu ku tyłowi już małe wyśliźnięcie się narzędzia może stać się powodem zranienia tętnicy. Należałoby więc zawsze iść za radą Tillaux i odpiłowywać kłykcie piszczela od tyłu ku przodowi po poprzedniém staranném i ostrożném oddzieleniu części miękkich od kości.

Wreszcie radzi K. na podstawie swych badań, aby przy podwiązywaniu tętnicy podkolanowéj prowadzić cięcie $1\frac{1}{2}$ do 2 cm. na zewnątrz od linii środkowéj dołka podkolanowego, gdyż w takim razie natrafiamy w głębi wprost na wiązkę naczyń podkolanowych. *(Centralbl. für Chir.* Nr. 30). *Dr. Schramm.*

Bardeleben: **Leczenie tętniaków.**

W jednym z numerów „Przeglądu" podałem w roku ubiegłym referat z artykułu Bardelebena, w którym tenże opisywał przypadek tętniaka w dołku podkolanowym. W przypadku owym próby wyleczenia tętniaka za pomocą ucisku na doprowadzającą tętnicę niedoprowadziły do skutku a to z powodu, że skóra chorego już pod wpływem względnie lekkiego ucisku podpadała zgorzeli. B. więc podwiązał w owym przypadku tętnicę udową w dołku Scarpy, tętniak zmniejszył się szybko, rana po podwiązaniu tętnicy zagoiła się w dni kilka, lecz do zabliźnienia miejsc zgorzelinowych potrzeba było kilka tygodni czasu.

Nim jeszcze ów chory opuścił szpital, zgłosił się do B. drugi pacyjent z tętniakiem w dołku podkolanowym. Był to mężczyzna 35 letni, zupełnie zdrowy, przyczyny rozwinięcia się tętniaka nie można było wyśledzić zupełnie. Ponieważ i ten chory nie znosił ucisku i nawet zagięte położenie uda było mu zanadto uciążliwe, przeto B. mając nadto w pamięci poprzedni przypadek, przystąpił do podwiązania tętnicy w dołku Scarpy. Rana po tym zabiegu zagoiła się *per primam* bez żadnych przypadłości, tętniak już po kilku dniach był zupełnie twardy i zmniejszał się szybko.

Ciepłota operowanéj odnogi w 6 godzin po operacyi była tylko nieznacznie niższa niż na odnodze zdrowéj. Przez następne 18 dni różnica ta wynosiła prawie stale $\frac{1}{2}$ stopnia, tylko w 5 dniu operacyi stosunek ten był nie tak pomyślny. W owym dniu bowiem chory bez widocznéj przyczyny nieco gorączkował, ciepłota odnogi dolnéj zdrowéj wynosiła 38·2, podczas gdy odnoga operowana wykazywała stałą ciepłotę 37.

Nie tak pomyślnie miała się rzecz z czuciem, gdyż chory po operacyi skarżył się na silne bóle w operowanéj odnodze, które z każdym prawie dniem stawały się silniejsze. Przedmiotowo dało się wykazać od drugiego dnia zmniejszenie czułości na grzbiecie stopy. Na 6ty dzień po operacyi bóle w odnodze ustały, natomiast wystąpiło na stopie kilka plam siny ch. W 3 dni potém potworzyły się pęcherze na stopie i zewnętrznéj powierzchni podudzia, skóra w tych miejscach zupełnie nie czuła. W 14 dniu odpadł przyskórek na pięcie, słowem palce nogi, grzbiet stopy i znaczna lecz ograniczona część podudzia uległy zgorzeli. Od 18 do 25 dnia po operacyi zostawał chory stale w kąpieli ciepłego roztworu tymolu 1 na 1000, przyczém miejsca zgorzelinowe oczyszczały się bez wywolywania groźnych ogólnych objawów, jednak zapach tymolu stał się choremu tak nieznośny, że na usilne jego żądanie musiano go wyjąć z kąpieli.

Następnego dnia ciepłota podniosła się do 40°, z tego więc powodu, jak i ze względu, że nawet po zabliźnieniu się rozległych ran posiadanie zniekształconéj stopy nie byłoby żadną korzyścią dla chorego, wykonał B. amputacyję sposobem Grittiego. Zagojenie się rany amputacyjnéj wymagało długiego czasu, wreszcie chory opuścił szpital opatrzony sztuczną nogą Thamma.

Badanie odjętéj odnogi wykazało ograniczone zakrzepy w otoczeniu części zgorzelinowych, zresztą żadnych innych zboczeń w tętnicach.

Przypadek ten poucza, że lubo obecny nasz sposób operowania i następowego leczenia przeciwgnilnego jest w stanie zapobiedz wystąpieniu groźnych przypadów w miejscu podwiązania tętnicy, to jednak nie ma on żadnego wpływu na lepsze wytwarzanie się obiegu krwi ubocznego, które obecnie tak samo jak i dawniéj zależném jest od różnych przypadłości nie dających się naprzód przewidzieć. *(Berl. klin. Woch.* Nr. 33). *Dr. Schramm.*

Dr. Hall (Fairhaven): **Śmierć skutkiem Gelsemium**

Żmin (*Gelsemium*) bywa dość często używanym do przyrządzania środków tajemnych. Działanie toksykologiczne tego środka jest dotąd mało znane. Z tego powodu podajemy wyciąg z artykułu Halla, opisującego charakterystyczny przypadek otrucia tą rośliną.

21 grudnia 1881 został autor wezwanym do kobiety 35 letniéj. Przybywszy jak najspieszniéj mógł autor stwierdzić tylko agonię. Po śmierci zwłoki kobiety téj przedstawiały się jak następuje: Skóra wilgotna, ciało jeszcze ciepłe, odnogi chłodne, powieki zamknięte, szczęka dolna zwieszona. Po otworzeniu powiek zauważano maksymalne rozszerzenie źrenic, jakby po zatruciu atropinem. Według podania krewnych zmarłéj, chora cierpiała na zap. oskrzeli, skutkiem czego udała się do pobliskiego partacza lekarskiego. Człowiek ten polecił jéj żmin w dawce, jak sam powiadał silnéj. Po pierwszéj już dawce wystąpiło podwójne widzenie, mdłości, duszność, ogólne mięśniowe osłabienie. Mimo to polecono choréj użycie drugiego proszku. Zaraz potém wystąpił napad jakby padaczkowy, utrata mowy, niezdolność przełykania, duszność w coraz zwiększającym się stopniu, a wkrótce potem śmierć. Badanie proszków, poleconych choréj, wykazało w każdym proszku po 0·12 gelsemium i 0·5 siarkanu cinchonidynu.

Objawy powyższe odpowiadały w zupełności objawom opisanym przy zatruciu żminém przez prof. Bartholowa: Powieki zamknięte, diplopia silna, rozszerzenie źrenic, oddech krótki, uciążliwy, szczęka dolna zwieszona, utrata mowy, silne osłabienie mięśniowe, obfite poty, porażenie serca. (*Allg. med. C. Ztg.* Nr. 44, 1882). *Dr. Kopff.*

Wiadomości pomniejsze.

Christian (Charenton): **O samogwałcie.**—Cohn (Wrocław): **O chorobach ócz u onanistów.** Rozprawa Christiana dość obszerna, omawia historyję, przyczyny, skutki, istotę i leczenie onanii. Definicyję onanii daje autor w tych słowach: „*l'onanisme est l'ensemble des moyens employés par l'un ou l'autre sexe pour produire l'orgasme vénerien artificiellement, en dehors des conditions du coit normal.*" Według takiéj definicyi należy więc i pederastyję i sodomiję policzyć do samogwałtu.— Onanija jest rozpowszechnioną po całym świecie u wszystkich narodów, a szczególniej tam jest częstą, gdzie stosunki społeczne niedozwalają odpowiedniego zadowolenia popędu płciowego. I zwierzęta onanizują się także, ale tylko w czasie ciekania się. Różne po-

jęcia i stosunki religijne, różne urządzenia społeczne, wielożeństwo, niewolnictwo, naśladowanie, cywilizacyja nawet, stają się pod wieloma względami i w wielu razach ogólnemi przyczynami samogwałtu. Inne przyczyny są więcéj osobiste, patologicznéj natury, jak np. choroby narządu płciowego (*eczema, prurigo*, pasorzyty itp.), choroby ogólne, a także zboczenia czynności mózgowéj. Skutki onanii mogą być przypadkowemi lub téż następowemi. Pierwsze są znane z chirurgii; drugie mogą być czysto miejscowe lub ogólne. Miejscowemi są różne zapalenia części rodnych, przerost części rodnych zewnętrznych, owrzodzenia itp. Następstwa ogólne nie są zdaniem autora tak groźne, jak to powszechnie mniemają i piszą. U mężczyzny szczególniéj akt samogwałtu nie przedstawia większego niebezpieczeństwa niż spółkowanie. U kobiety w każdym razie zachodzi znacznie większa różnica między spółkowaniem a samogwałtem, a więc i niebezpieczeństwo złych następstw jest według autora większe niż u mężczyzny. Samogwałt nadmierny jest istotnie nader szkodliwym u młodzieży obojéj płci, szczególniéj w czasie rozwoju organizmu. Christian powołując się na prof. Trousseau, który opisuje stan pobudzenia płciowego (*neurose génitale*), istniejącego samoistnie, lub téż podniecenia, poprzedzającego zboczenia w czynnościach rdzenia pacierzowego, sądzi, że i onaniję chroniczną należy uważać za pewnego rodzaju zboczenie nerwowe. Na poparcie swojego zapatrywania przytacza autor, że onaniję napotyka się nader często u małych dzieci, mających skłonność do chorób umysłowych, w czasie pokwitania, między któremi u wielu można znaleść dziedziczne usposobienie do chorób nerwowych. U dorosłych napotykamy onaniję nadmierną u idyjotów, kretynów, epileptyków i innych indywiduów ze zboczeniami umysłowemi. A więc, twierdzi autor, onaniję, w znaczeniu patologicznêm tego słowa, czy to istniejącą samoistnie (*psychopathia sexualis*), lub téż w połączeniu z innemi zboczeniami psychicznemi lub nerwowemi, należy uważać za chorobę mózgową.—Co się tyczy leczenia samogwałtu, takowe może głównie polegać na zapobieganiu. Przedewszystkiêm należy się starać o większe uznanie higijeny w szkołach i pensyjonatach, a to może zapobiedz szerzeniu się ogromnemu samogwałtu między młodzieżą obojéj płci. Higijena usuwając wrażliwość i podniecenie układu nerwowego, których następstwem jest samogwałt, może w wielu razach nie tylko zapobiedz grożącemu niebezpieczeństwu, ale nawet usunąć istniejące już złe.

Cohn opisuje wiele spostrzeżeń nad chorobami ócz, jako to złudzeń optycznych, zapaleń spojówki, skurczów powiek, pojedynczych przypadków przekrwienia tarczy nerwu wzrokowego, osłabienia akomodacyi, w których mógł stwierdzić jako przyczynę samogwałt. Skreśliwszy pokrótce zapatrywania różne neuropatologów na następstwa samogwałtu, przychodzi do wniosku, że nadmierna onanija może wywołać także pewne zboczenie w narządzie widzenia. Również i Cohn, podobnie jak poprzedni autor jest zdania, że złemu tutaj może zapobiedz tylko odpowiednie wychowanie, odpowiednie pouczenie o szkodliwości złego, które do pewnego stopnia jest obowiązkiem szkoły. Nie ulega zdaniem autora, żadnej wątpliwości, że dzisiejszy sposób wychowywania, długie siedzenie na ławkach szkolnych, bardzo się przyczyniają do rozszerzenia onanii pomiędzy młodzieżą szkolną. (*Centralblatt f. Nervenheilk.* 1882, Nr. 8, s. 199). *Dr. K.*

Grunmach zaleca wstrzykiwanie roztworu 1 części *Liq. kal. arsenic.* na 3 części *Aq. destill.*, jako środka przeciw mieszkowéj i włóknistéj postaci wola (*Struma follicularis et Struma fibrosa*). Pół strzykawki Pravaza dwa lub trzy razy tygodniowo przedstawia zwykłą dawkę.

Doświadczenia opierają się na nader korzystnych wynikach ze 100 przypadków. Wstrzykiwania próbne potwierdziły wyniki powyższe i korzyści nad jodem itp. (*Wiener med. Bl.* Nr. 32, 1882). *Dr. Pisek.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie II z dnia 4 kwietnia 1882 r.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 7miu i 1 gość.

1) Przewodniczący powitał obecnego na posiedzeniu gościa Dra Brühla, lekarza zdrojowego z Gleichenberga.

2) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

3) Dr. Warschauer okazał przyrząd nadesłany przez Lehmanna z Berlina, mający służyć do szybkiego ogrzania wody mineralnéj. Przyrząd ten złożony z naczynia porcelanowego z szyjką, w któréj osadzony jest jako zatyczka termometer z podziałką dochodzącą do 60° R., i rurką do wylewania wody, podstawki z blachy w kształcie trójnóżka, oraz lampki spirytusowéj. Zdaniem członków Komisyi, którzy głos zabierali (przewodniczący i prof. Olszewski), przyrząd ten jest za kosztowny i łatwo ulegający pęknięciu przy najmniejszéj nieostrożności, zwłaszcza téż gdy przy niezwracaniu uwagi ciepłota podniesie się wyżéj nad 60°R., termometer musi pęknąć. Przyrząd prostszy i tańszy byłby użyteczniejszy.

4) Przewodniczący przedstawił Komisyi pogląd na ruch i postęp w 14 zdrojowiskach krajowych i zakładach klimatycznych, które na wezwanie Komisyi balneologicznéj nadesłały choć krótkie sprawozdania.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos koll. Skórczewski i Wierzbicki. Pierwszy prostował wiadomości dotyczące Krynicy, drugi zwrócił uwagę na brak spostrzeżeń meteorologicznych, co i innych członków uderzyło. Jednomyślnie postanowiono wezwać zarządy zdrojowisk o urządzenie stacyj meteorologicznych chociażby niezupełnych, do których potrzebne narzędzia najwyżéj 20 złr. w. a. mogą kosztować, instrukcyję zaś do wykonywania obserwacyi przyobiecał napisać Dr. Wierzbicki.

5) Prof. Dr. Olszewski przedłożył wyniki rozbioru chemicznego wody mineralnéj w Głębokiém ze zdroju głównego.

Autor rozbierał już wody mineralne w Głębokiém w r. 1877 z polecenia Komisyi balneologicznéj i umieścił wynik tegoż rozbioru w XV tomie sprawozdań Komisyi fizyjograficznéj Akad. Umiej., w rozprawie pt.: Rozbiór chemiczny wody mineralnéj w Głębokiém ze czterech zdrojów.

Rozbiór ten jednak ograniczał się tylko do ważniejszych składników z powodu, że zdroje będące podówczas własnością gminy znajdowały się w stanie bardzo zaniedbanym. Staraniem teraźniejszego właściciela tych zdrojów p. Jendla, c. k. notaryusza z Liszek, zostały one uporządkowane pod kierunkiem Dra Lutostańskiego i ujęte w nowe cementowe cembrzyny. Z czterech zdrojów nazwanych w powyżéj wspomnianéj rozprawie literami A, B, C i D. A, B i C zostały świeżo ocembrowane, zdrój zaś D został zasypany. Zdrój C wyszczególnia się od zdrojów A i B nierównie większą ilością kwasu węglowego wolnego, którą to różnicę po smaku łatwo rozpoznać można.

Zawezwany przez teraźniejszego właściciela wykonał autor ścisły i kompletny rozbiór wody ze zdroju C., który z powodu wyróżniającéj go obfitości wolnego kwasu węglowego od innych zdrojów zdrojem głównym nazwał. Wyniki tego rozbioru obliczone na 1000 cz. wody są następujące:

Węglanu sodowego	1·046192 cz.
Chlorku sodu	0·009870 „
Węglanu potasowego	0·028410 „
„ litowego	0·011322 „
„ barowego	0·009630 „
„ strontowego	0·007780 „
„ wapniowego	0·561250 „
węglanu magnowego	0·337480 „
„ żelazawego	0·011470 „
„ manganezawego	0·000383 „

fosforanu glinowego	0·000550	cz.
kwasu krzemowego	0 018430	„
kwasu arsenawego	ślad	„
istoty żywicznéj	ślad	„
istoty organicznéj wyciągowéj	ślad	„
składników stałych razem	2·042767	„
składników stałych przez wyparowanie	2·063440	„
kwasu węglowego niby wolnego	0·882224	„
kwasu węglowego istotnie wolnego	2·709406	„
wszystkich składników	5·634497	„
ciężar gatunkowy wody	1·003326	„
ciepłota wody	8·4°C.	„

Na podstawie powyższego rozbioru należy uważać wodę mineralną w Głębokiém ze zdroju głównego jako bardzo silną szczawę sodowo litową.

Na tém posiedzenie zakończono. *Doc. Dr. Poniklo.*

VII. Przyczynek do historyi afazyi.

Historyja afazyi rozpoczyna się wprawdzie w rzeczywistości od pamiętnéj dyskusyi nad lokalizacyją mowy w towarzystwie antropologiczném w Paryżu, odbytéj d. 4 kwietnia 1861 r.; nie ulega jednak wątpliwości, że poszczególne przypadki znane i opisane były i dawniéj (jak np. przez Lordata, Bouillauda i Daxów ojca i syna), a nawet Jastrowitz w Berlinie wykrył w znanéj powieści Goethego (Wilhelm Meister) wcale dobrze opisany przypadek afazyi. Obecnie Jolly, profesor psychijatryi w Strasburgu, odszukał w dziele adwokata paryzkiego Franciszka Gayota de Pitaval, p. t. „*Causes célèbres et interessantes*“, wydaném w r. 1735 (T. III, str. 363) bardzo ciekawy przypadek, pochodzący z roku 1682, z czego wynika, że już przed 200 laty afazyja stała się powodem sporu sądowego. Prof. Jolly podaje ten przypadek w rozprawie p. t. „*Uiber den Einfluss der Aphasie auf die Fähigkeit zur Testamentserrichtung*“, umieszczonéj w ostatnim zeszycie *Archiv f. Psychiatrie* (XIII Bd., 2 Heft, 1882, pag. 325—340). Rozprawa sama Jollego nie budzi zajęcia, bo nie zawiera żadnych poglądów nowych, a przynajmniéj takich, któreby czytelnikom Przeglądu Lek. nie były znanemi z podobnéj rozprawy, umieszczonéj w tygodniku naszym w r. 1878; dlatego ograniczyć się należy do zapoznania ich z przypadkiem, znalezionym przez Jollego w Pitavalu. Przypadek ten pod względem historycznym jest bardzo ciekawy, dla tego podajemy go w dosłowném tłumaczeniu wyciągu, ogłoszonego przez wspomnionego profesora.

Napis jego opiewa w Pitavalu jak następuje: „*Si un testa-„ment, fait par interrogatoire d'un testateur, qui ne peut s'énon-„cer que par oui et non, pour avoir été attaqué d'apoplexie „deux ans auparavant, est valable?*“

D. 14 marca 1682 r. stawił się przed notaryjuszem Faverjon obywatel lugduński Piotr Rossignol, „zdrowy na zmysłach, „z wyjątkiem zdolności mówienia, któréj pozbawiony jest od lat „dwóch przeszło skutkiem napadu apoplektycznego.“ — „Słyszy „on zupełnie dobrze i może się porozumieć przez potakiwanie „lub zaprzeczanie, nadto wymawia wyrazy „Jezus Maryja“ i kilka „innych.“

Przedłożył on notaryjuszowi testament sporządzony przez siebie w r. 1671 i dał do zrozumienia, że pragnąłby sporządzić inny, pokazując na migi, że testament dawny chciałby zniszczyć. Zapytany, czy żąda spisania na nowo ostatniéj swéj woli, odpowiedział: tak, i wziąwszy notaryjusza za rękę zaprowadził go do swego pomieszkania, gdzie przybywszy przyprowadził świadków i dał notaryjuszowi do zrozumienia, aby odczytał dawny testament.

Gdy notaryjusz czytał o miejscu, gdzie Rossignol chciał być pochowanym (w kościele St. Nisier), tenże przerwał mu, mówiąc: nie. Na zapytanie, czy życzy sobie być pochowany w Hotel-Dieu, odrzekł: nie, a na pytanie, czy u Franciszkanów, powiedział: tak.

Zapytany, ile przeznacza Franciszkanom na msze żałobne, przyniósł worek z liczmanami, położył na stole 10 sztuk i dopóty dokładał po 10 sztuk, dopóki nie urosła suma 300 liwrów.

Zapytany, czy legata przeznaczone na szpitale utrzymuje, odpowiedział: tak, a na pytanie, czy je pragnie powiększyć, odrzekł: nie. Gdy uczyniono wzmiankę o legacie przeznaczonym dla ojca, powiedział: nie, dając do zrozumienia na migi, że ojciec już umarł. Gdy wspomniano o legacie dla siostrzenic, wręczył notaryjuszowi kartkę papieru, na któréj wypisani byli najbliżsi jego krewni, a na pierwszém miejscu nazwisko siostry owdowiałéj. Dla niéj, znów za pomocą liczmanów, wyznaczył 300 franków, a na zapytanie, czy ma na myśli 300 franków, odrzekł: tak. W podobny sposób dla każdego z trojga dzieci siostry przeznaczył 100 fr., a inne kwoty dla całego szeregu krewnych.

Zapytany, dla czego dwom siostrzenicom mniejsze wyznacza kwoty, aniżeli w testamencie dawniejszym, udał się do gabinetu swego i przyniósł dwa kwity, przez małżonków owych pań wystawione na kwoty, otrzymane jako posag. Zdawało się więc, że kwoty te pragnie odciągnąć od legatów dawniéj przeznaczonych. Na zapytanie, czy taki jego zamiar, odpowiedział: tak. Na pytanie, czy więcéj jeszcze ma krewnych, odpowiedział: tak, a na pytanie, czy i dla nich coś przeznacza, odrzekł: nie. Na pytanie, co się stanie z ustępem tyczącym się żony, dał na migi do zrozumienia, że żona już umarła; a na pytanie, czy umarła, odpowiedział: tak, Gdy wreszcie zapytano go, kogo wyznacza spadkobiercą głównym dla majątku, legatami nie objętego, poszedł do kuchni i wśród wielu pieszczot przyprowadził siostrzenicę swoją, Ludwikę Justel, która była jego gospodynią. Na pytanie, czy ją wyznacza jako główną spadkobierczynię, odpowiedział: tak.

Poczém w przytomności świadków odczytano mu ponownie cały testament, a przy każdym ustępie pytano go się, czy taka jest jego wola, a on każdym razem odpowiadał: tak. Zapytany, czy testament dawniejszy cofa, odrzekł: tak.

Testament podpisali notaryjusz i obecni świadkowie, „*et non ledit Rossignol, pour ne savoir*“. Czy testator w ogóle pisać nie umiał, lub czy nie mógł pisać od czasu doznanego napadu apoplektycznego, o tém niestety nic nie wspomniono.

Wkrótce potém zmarł Rossignol a krewni jego, którzy nie otrzymali legatu, żądali unieważnienia testamentu, który jednak naprzód wyrokiem sędziego lugduńskiego, a następnie po założeniu rekursu i wyrokiem parlamentu (jako sądu) w Paryżu z d. 9 sierpnia 1683 uznany został za ważny.

Bardzo słusznie Jolly uznaje przypadek powyższy za afazyję, i to nie amnestyczną, lecz atakticzną połączoną z agrafiją. Z wyjątkiem możności wymawiania słów kilku, był brak mowy, obok zdolności rozumienia tego, co się słyszy, oraz zdolności czytania i umysłowego zużytkowania tego, czego się przez słuch lub czytanie dowiedziano. Według wszelkiego prawdopodobieństwa R. umiał jeszcze czytać, a za tém idzie, że prawdopodobnie dawniéj umiał i pisać, i że brak téj zdolności śród sporządzenia ostatniéj woli uważać należy za agrafiję, w następstwie udaru powstałą. Ponieważ w akcie powiedziano „*sain de sa personne et de ses sens*“, więc zdaje się, że notaryjusz nie spostrzegł u klijenta swego porażenia połowiczego prawego, które najczęściéj towarzyszy afazyi. Nie ulega wątpliwości, że wyroki, uznające testament za ważny, były słuszne i uzasadnione.

Prof. Jollemu w każdym razie przyznać należy zasługę odkrycia tego ciekawego opisu, przez co okres przedhistoryczny afazyi wzbogacony został szczegółem bardzo ważnym.

L. Blumenstok.

VIII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 10—16 września śmiertelność ogólna obniżyła się w Krakowie z 27,5 do 25.2 wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców. Z ospy umarło 0 (1 z. t.); z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (2 z. t.); z czerwonki 1 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku ospy, 2 krztuśca, 1 czerwonki. W tygodniu od 3—9 września umarło w Londynie z ospy 9, leczyło się w szpitalach 91, świeżo zapadło 9. W Wiedniu i Paryżu po 5, w Budapeszcie 4, w Petersburgu 12, w Granadzie 11, w Warszawie 18, we Lwowie 2. Dur łagodnieje w Paryżu, umarło 63, leczyło się w szpitalach 954. Dur plamisty pojawia się sporadycznie w większych miastach. W Baltimore, w Nowym Orleanie, w Bombayu umarło w połowie sierpnia po kilka osób na cholerę. W Kalkucie 7go kwarantanę zniesiono dla okrętów przybywających z Bombayu do Aleksandryi, ponieważ nie zaszedł więcéj żaden przypadek śmierci.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 3—9 września umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25,5; we Lwowie 29,7; w Poznaniu 42,6; w Wiedniu 20,2; w Budapeszcie 29,8; w Pradze 21,4; w Tryjeście 33,5; w Berlinie 24,0; w Wrocławiu 32,1; w Gdańsku 23,7; w Mnichowie 25,8; w Dreźnie 23,8; w Lipsku 22,0; w Bazylei 15,5; w Brukseli 22,3; w Amsterdamie 22,3; w Hadze 21,9; w Paryżu 21,7; w Londynie 17,7; w Kopenhadze 27,9; w Stokholmie 26,1; w Chrystyjanii 21,3; w Petersburgu 32,8; w Odesie 45.2; w Rzymie 19,3; w Wenecyi 28,0; w Bukareszcie 28,0; w Madrycie 37,8; w Lizbonie 31,5; w Nowym Yorku 31,6; w Filadelfii 25,3; w Bombayu 25,0. *J. B.*

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 27 września. Namiestnik mianował lekarza powiatowego 2éj klasy Dra Aleksandra Lecha lekarzem powiatowym 1éj klasy we Lwowie; koncepistę sanitarnego przy Namiestnictwie Dra Oresta Litwinowicza lekarzem powiatowym 2éj klasy w Tłumaczu; docenta Uniw. Jagiell. Dra Stanisława Ponikłę koncepistą sanitarnym Namiestnictwa, poruczając mu czynności lekarza powiatowego w Krakowie; asystenta sanitarnego Dra Jakóba Dorożyńskiego lekarzem powiatowym 2éj klasy w Jaworowie i Dra Zygmunta Dzikowskiego asystentem sanitarnym w Podhajcach.

Tym sposobem opróżniona przez śmierć śp. Dra Kralczyńskiego posada lekarza powiatowego w mieście naszém obsadzoną została. Nominacyja Docenta Ponikły wywołała u nas powszechne, niepodzielne zadowolenie, co dowodzi, że wybór Namiestnictwa pod każdym względem był szczęśliwy. Jako wieloletni asystent, a w roku przeszłym podczas niemocy prof. Korczyńskiego i jego zastępca, złożył Dr. Ponikło dowody zamiłowania do pracy i wytrwałości, a nie wątpimy, że i na nowém stanowisku godnie odpowie oczekiwaniom, i że połączone pod względem sanitarnym powiaty: krakowski i wielicki będą w nim miały opiekuna lekarskiego gorliwego i naukowo wykształconego.

* Przed laty wielu zrobiliśmy spostrzeżenie, że lekarze sądowi w orzeczeniach swoich niewłaściwie używają wyrazów: „denat, denatka," stosując je i do osób cieleśnie obrażonych wprawdzie, ale żyjących. Ponieważ i w ostatnich czasach spotykaliśmy się z tém mylném użyciem wspomnianych wyrazów, jak np. „Denat jest tylko lekko obrażony i za dni 14 odzyska zdrowie", „Denatka cieszy się prawidłowym stanem ogólnym", uważamy sobie za obowiązek przypomnieć, że denatus znaczy „zmarły", że więc wyraz ten stosować można tylko do trupów, a żadną miarą do osób żyjących.

* Wiadomą jest rzeczą, że uczeni niemieccy grzecznością w polemice naukowéj nie grzeszą. Dr. Robert Koch w Berlinie, który niedawno wsławił się odkryciem prątków gruźliczych, w pracach swoich konsekwentnie odmawia pracom Pasteura wszelkiéj wartości i nowości. Z tego powodu przyszło do małego skandalu w Genewie, gdzie obaj przeciwnicy na Zjeździe higienicznym się zjawili. Po wykładzie Pasteura „o zmniejszaniu się zaraźliwości przyrzutów" przyjętym nieskończonemi oklaskami wstał Koch, oświadczając, że przybył do Genewy, aby się czegoś nowego dowiedzieć, jednak doznał zawodu. Pasteur na ten zarzut odpowiedział krótko i znów większość zgromadzenia grzmiącemi oklaskami oddała hołd jego zasługom, a wreszcie 80-letni przewodniczący Lombard w sposób bardzo dotkliwy dla Kocha oświadczył, że nawet zwierzęta postawiłyby Pasteurowi pomnik za jego prace, gdyby nie były pozbawionemi rozumu.—Na Zjeździe znów lekarzy i przyrodników niemieckich w Eisenachu Haeckel mówiąc o poglądach Darwina, Goethego i Lamarcka, użył przeciw Virchowowi wyrażenia, „że nie zgadza się wcale z godnością naukową, aby odpowiadać na zarzuty, które Virchow podniósł przeciw Darwinowi." Sykania obecnych były wymownêm potępieniem zarozumiałości i nietaktowności znakomitego zoologa.

* Zjazd 55 lekarzy i przyrodników niemieckich rozpoczął się d. 18 bm. w Eisenachu śród deszczu ulewnego; posiedzenia ogólne odbyły się w teatrze, sekcyjne w gmachach poblizkich. Pierwsze posiedzenie ogólne zagaił radca lekarski Dr. Matthes, następnie Dr. Stichling przywitał zebranych imieniem W. Xięcia, a burmistrz imieniem miasta. Pierwszym przedmiotem porządku dziennego był wybór miejsca dla przyszłego Zjazdu: była mowa o 3 miastach, Strasburgu, Konstancyi i Fryburgu; zgodzono się na ostatnie i wybrano przewodniczącymi Zjazdu 56go proff. Maasa i Clausa. Po przybyciu W. Xięcia i całéj jego rodziny prof. Haeckel miał wykład o darwinizmie, a po nim Dr. Wilhelmi wygłosił życiorys lekarza eisenachskiego Dra Paulliniego. — Popołudniu wycieczka na Wartburg, dokąd podążyli także W. Xiążę i rodzina; w imieniu Zjazdu prof. Nothnagel miał piękną przemowę do W. Xięcia, który kilku słowy odpowiedział.— D. 19 września część członków Zjazdu udała się do zdrojowiska Salzungen, podczas gdy w Eisenachu sekcyje rozpoczęły swoje prace. Przewodniczącym Sekcyi chirurgicznéj dnia tego był Tillmanns z Lipska, a wykłady mieli tak on, jakotéż König z Gietyngi; w Sekcyi dla anatomii patolog. i medycyny wewn. przewodniczył Nothnagel, a wykładali Eulenburg, Rumpf, Weigert i Hauser. D. 20 września w Sekcyi chirurgicznéj przewodniczył Langenbeck a wykładali: Meyer, Wolff i Bergmann; w sekcyi med. wewn. przewodniczył Zenker, wykładali zaś Damman, Ewald, Kahler, Mering. D. 21 września odbyło się 2gie i ostatnie ogólne posiedzenie, na którém mieli wykłady Bergmann, Assmann i Rehmke; wieczorem przedstawienie w teatrze. D. 22 września śród okropnéj ulewy odbyła się wycieczka do Kissingi, gdzie dobre jedzenie stanowiło główne zajęcie badaczów przyrody.

* **Lwów.** Wydział krajowy powierzył tymczasowe kierownictwo oddziału chirurgicznego w szpitalu powszechnym Drowi Bronisławowi Longchampsowi (synowi), sekundaryjuszowi śp. Szeparowicza.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Lipsk.** Miejsce Erba zając ma prof. Heubner.—**Jena.** Prof. chirurgii Ried obchodził niedawno 50-letni jubileusz zawodu lekarskiego.— Prof. Rossbach, dotychczasowy prof. farmakologii w Würzburgu mianowany został prof. i dyrektorem kliniki lekarskiéj w miejsce Nothnagla.— **Wrocław.** Rektor uniwersytetu prof. Biermer otrzymał order orła czerwonego 3ciéj kl. a proff. Heidenhain i Klopsch mianowani tajnymi radcami lekarskimi.

Artykuły oryginalne mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 38: Korczyńskiego: Uwagi i spostrzeżenia kliniczne. IV. O zwyrodnieniu włóknistém tkanin (c. d.)— W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 38: Z kliniki prof. Korczyńskiego; Wolframa: Zachowanie się ciężaru ciała w chorobach gorączkowych ostrych; Rothego: Otrucie wyskokowe, jego wpływ na rozwój chorób umysłowych (c. d.). — Nawroczyńskiego: Przepuklina pachwinowa skośna zewnętrzna mięszana uwięziona (!)

Redakcyja otrzymała:

Dr. RYDYGIER (w Chełmnie n./W.): Ein interessanter Fall von 2maliger Darmresection-Heilung. (Osobne odbicie z *Berl. klin. Woch.* 1882 in 8vo str. 10).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszém ogłasza się konkurs na posadę asystenta przy katedrze chorób skórnych i wenerycznych w c. k. Uniwersytecie Jagiellońskim na czas od 1go listopada 1882 r. do końca września 1884 r. Z posadą tą połączona jest płaca rocznych 600 złr. w a. tudzież *relutum* za pomieszkanie.

Podania należycie poparte wnosić należy najpóźniéj do 15 października rb. na ręce podpisanego.

Kraków d. 27 września 1882 r.

Rydel
t. r. Dziekan Wydz. lek.

KONKURS.

Niniejszém ogłasza się konkurs na posadę asystenta przy katedrze chirurgii w c. k. Uniwersytecie Jagiellońskim na lat dwa, począwszy od 1 października 1882 r. Z posadą tą połączona jest płaca rocznych 600 złr. w. a. tudzież pomieszkanie bezpłatne.

Podania należycie poparte wnosić należy najpóźniéj do 10 października rb. na ręce podpisanego.

Kraków 27 września 1882 r.

Rydel
t. r. Dziekan Wydz. lek.

KONKURS.

Na posadę lekarza miejskiego z stałemi dochodami rocznie 400 złr. rozpisuje się konkurs do dnia 15 października rb. Panowie życzący sobie kompetować o takową, raczą łaskawie zgłosić się do apteki miejscowéj, zkąd bliższych szczegółów zasięgną.

Gmina miasta Baranowa.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 7 października 1882. **№ 40.** **Rok XXI.**

I. Z kliniki chorób wenerycznych i skórnych prof. Dra Rosnera.

Przypady w rdzeniu przedłużonym u chorego dotkniętego kiłą wczesną.

Skreślił Dr. Stanisław Skobel,
Asystent téjże kliniki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Z tego co powiedziano wynika, że uważać należy porażenie obustronne nerwu twarzowego za ośrodkowe, przeważnie gałęzi dolnych, a ze względu, że mu towarzyszy anartryja, utrudnione żucie i połykanie, niemożebność ściągania warg, niepodobieństwo gwizdania i dmuchania tudzież zmiany mimiki, niedowład podniebienia miękkiego, mowa gęgająca, częste zachłystanie, ślinienie a wreszcie nieuzasadniona płaczliwość, sądzimy, że przyczyna jego tkwi w rdzeniu przedłużonym w okolicy, w której nerw twarzowy, językogardłowy, języko-ruchowy biorą swój początek. Brak atoli zboczeń w odżywianiu w mięśniach porażonych, jak tego dowodzi badanie przedmiotowe mianowicie prądem elektrycznym, nie przemawia za tém, ażeby zmiana anatomiczna zajmowała same jąderka tych nerwów, z wyjątkiem może nerwu podjęzykowego, w zakresie którego widzimy drgania włókienkowe języka, będące najpodobniéj do prawdy przypadem zaniku języka.

Ściślejsze oznaczenie siedziby anatomicznéj przerzeczonych zboczeń czynnościowych jest niemożebne, a to z powodu nie zupełnie dokładnych wiadomości o czynnościach fizyjologicznych rozmaitych części rdzenia przedłużonego.

Mając tedy przed sobą wybitne zmiany kiły wczesnéj i wielkie podejrzenie, że przyczyna groźnych przypadów ze strony rdzenia przedłużonego może pochodzić ze zmian powyższych, przystąpiono natychmiast do leczenia przeciwkiłowego i zalecono choremu wcierania z szaruchy po 3grm. dziennie i równocześnie jodek potasowy 2grm. dziennie, obok płukaniu gardła chlorkiem potasu. W piątym dniu rozpoczętego leczenia mowa stała się nagle tak niewyraźną, bełkoczącą, że chorego ani słowa nie można było zrozumieć i tylko z giestów poznano, że go mocno głowa boli; ciepłota wieczorna wynosiła 38·5, tętno 96; wcierania i zadawanie jodku potasowego wstrzymano, a ten ostatni środek usunięto dla tego, ponieważ powstało cieczenie łez i liczny trądzik pojawił się na twarzy i plecach. Po upływie dziewięciu dni ból głowy ustąpił, mowa gęgająca wróciła, chory rozpoczął na nowo wcierania i zaczął jod zażywać. Już po 12 wcieraniach spostrzeżono, że różnica w wymawianiu liter *b* i *p* jest widoczna, następnie że chory może lepiéj wargi ściągać i zaczyna gwizdać, czego przedtém nie potrafił, wreszcie że wymowa jest w ogóle zrozumialsza.

Dnia 4go stycznia podwyższono dawkę jodu do 4grm. dziennie; w dwa dni późniéj powstało silne rozwolnienie i z tego powodu wcierania i jod usunięto a zalecono opium. Dnia 6go stycznia chory stracił wieczorem nagle przytomność i przez pięć minut nie wiedział zupełnie o tém, co się z nim stało; za przyczynę omdlenia podaje chory ból i ściskanie w okolicy żołądka, a ponieważ po odzyskaniu przytomności nastąpiło rozwolnienie, przeto zdaje się, że omdlenie zostawało w związku z cierpieniem przewodu pokarmowego. Na drugi dzień po owym przypadku żalił się chory na ból wzdłuż kręgów szyjnych, który się wzmagał przy ucisku wyrostków ościstych 4go, 5go i 6go kręgu szyjnego, atoli przedmiotowo nic się nie dało wyśledzić.

Dnia 25 stycznia z powodu obrzmienia dziąseł przerwano wcierania, których do téj chwili dostał chory czterdzieści i znaleziono co do mowy polepszenie widoczne; chory jednak skarży się ciągle na przykre uczucie, jakiego doznaje w gardle tak przy mówieniu jak i przy połykaniu, i powiada, że zdaje mu się, jak gdyby tam tkwił kołek. W tym czasie ubyło chorego $4^1/_2$ kgm. Po dłuższéj przerwie we wcieraniach, wśród któréj zażywał jodek potasowy, i poprawieniu się odżywienia chorego, wrócono jeszcze do wcierań

w tej nadziei, że zawada w gardle, na którą się nasz pacyjent tak często żalił, przecież się da pokonać; obok zaś tego zapisano choremu jodek z bromkiem potasowym. W miesiąc późnićj opuścił chory klinikę ze znakomitém polepszeniem tak co do mowy jak i co do uczucia zawady w gardle, które obecnie porównywa z przedmiotem znacznie mniejszych rozmiarów, twierdząc, że się ogranicza do wielkości grochu. Nie zadziwi również nikogo, że kłykciny wilgotne, o których mowa była powyżéj, po tak energicznêm leczeniu ustąpiły bez śladu, chory bowiem dostał ogółem pięćdziesiąt sześć wcierań z szaruchy. Oddziaływanie tak nerwów jak mięśni było jak dawniej prawidłowe. Odżywienie dosyć dobre, w dniu wyjścia ważył 49 kilogramów, przybyło go tedy ogółem w ciągu leczenia jeden kilogram.

Oznaczywszy w ten sposób prawdopodobną siedzibę anatomiczną choroby, wypada nam teraz oznaczyć jéj rodzaj. Jak wiadomo, ze samych przypadów czynnościowych w układzie nerwowym nie można prawie nigdy rozpoznać rodzaju zmiany anatomicznéj, bo przypad chorobowy w układzie nerwowym jest następstwem nie rodzaju lecz usadowienia się zmiany anatomicznéj; tak np. ze samego porażenia połowiczego nie można rozstrzygnąć, czy przyczyną jego jest krwotok do mózgu lub zator tętnicy odpowiedniéj, lecz trzeba uciekać się do wykazania innych zboczeń chorobowych jak np. wady serca, uwzględnić wiek chorego, przebieg choroby itd., aby z większém lub mniejszém prawdopodobieństwem odgadnąć przyczynę porażenia połowiczego. Tak samo i w naszym przypadku wypada nam przejść po kolei zboczenia, jakieby mogły być przyczyną opisanych przypadów, i na zasadzie przebiegu i doświadczenia klinicznego wykazać z niejakiém prawdopodobieństwem rodzaj zmiany anatomicznéj. Takiemi zmianami byłyby tutaj: niedokrewność, przekrwienie, zakrzep i zator, krwotok, nowotwór, stwardnienie wysepkowe (*sclerosis disseminata*), zapalenie ostre i przewlekłe a wreszcie kiła. Niedokrewności nie ma, albowiem przypady utrzymywały się nie chwilowo, lecz przez długi czas, powtóre niedokrewność miejscowo ograniczona bez innych zmian anatomicznych nie mogłaby się długo utrzymać, następnie brak powodu do takiéj niedokrewności, do pewnego bardzo nieznacznego miejsca ograniczonéj. Przekrwienia nie ma, raz dla tego, ponieważ przekrwienie nie prowadzi prawie nigdy do porażeń, powtóre, że przekrwienie takie odosobnione nie mogłoby się utrzymywać tak długo, a wreszcie że nie można dla niego wykazać przyczyny. Embolija i tromboza zwyczajna nie są prawdopodobnemi, bo nie ma źródła ani okoliczności, z którychby je można wywieść. Krwotok byłby możebny i przemawiają za nim: nagłe powstanie zboczenia czynnościowego, powolne ustępowanie zboczeń na obwodzie, uraz poprzedzający, inne zaburzenia w czynnościach mózgu, nakoniec uporczywość zmiany anatomicznéj i ztąd nieustąpienie dotąd porażenia w zakresie nerwu twarzowego. Sprzeciwiają się temu rozpoznaniu: wiek chorego (krwotoki do miąższu mózgowego są rzadkie w wieku takim), ograniczenie się porażenia tylko do kilku nerwów wyłącznie mózgowych, zresztą zapalenie nerwu wzrokowego oftalmoskopem stwierdzone. Nowotwór jest nieprawdopodobny, przemawiają bowiem przeciw niemu najpierw wiek chorego, a jak wiadomo, nowotwory w wieku średnim należą do osobliwości, ostatecznie przebieg kliniczny. Niemniéj wiadomém, że nowotwory są zboczeniami nieuleczniemi, które powstają zwolna, ale rosną ciągle, zaburzenia więc czynnościowe od nich zależne rozwijają się powoli, ale powstawszy raz powiększają się bez przerwy nie okazując ostatecznie żadnéj dążności do polepszenia. U naszego chorego było zaś przeciwnie, zboczenie powstało nagle i ustąpiło w znacznéj części pod wpływem terapii. Brak obrzmienia zastoinowego tarczy nerwu wzrokowego przemawia w naszym przypadku tylko nieznacznie przeciw nowotworowi, a to dla tego, iż przyczynę chorobową umieściliśmy domyślnie w okolicy rdzenia przedłużonego lub w nim samym, a nie mamy na zasadzie dzisiejszych spostrzeżeń dostatecznéj pewności, czy nowotwory w têm miejscu prowadzą, tak jak nowotwory w innych okolicach mózgu do obrzmienia zastoinowego tarczy nerwu wzrokowego. Brak objawów zadrażnienia, mianowicie w zakresie nerwu troistego, zawrotu głowy, porażeń nerwów odnóg przemawiają również przeciw nowotworowi.

Stwardnienie wysepkowe objawia się między innemi mową skandowaną, chodem właściwym, kurczami mięśniów têm wybitniejszemi, im bliżéj chory dochodzi do celu. Tego wszystkiego u naszego chorego nie widzimy, zboczenie zaś mowy przedstawia nam wyraźny obraz anartryi; chód jest prawidłowy a kurczów nie ma żadnych prócz drgań włókienkowych języka, w końcu nie znajdujemy pierwotnego zaniku nerwu wzrokowego.

Zapalenie ostre rdzenia przedłużonego, o ile nam teraźniejsze wiadomości kliniczne o téj chorobie wystarczają, możemy wykluczyć na zasadzie następujących okoliczności, jakoto: ograniczenie się zboczeń czynnościowych do nerwów mózgowych, napad utraty przytomności, napad afazyi, a wreszcie przebieg pomyślny i powolny.

Śledząc daléj przyczyny zmiany anatomicznéj przechodzimy do zapalenia przewlekłego rdzenia przedłużonego i przypuszczenie obecności pomienionego zapalenia także z łatwością możemy wykluczyć, przemawiają bowiem przeciwko niemu: nagłe powstanie choroby, przebieg pomyślny, napady utraty przytomności i mowy, brak przypadów zaniku postępowego mięśniów, zajęcie także górnych gałązek nerwu twarzowego, a nareszcie zupełnie prawidłowe oddziaływanie mięśniów porażonych i ich nerwów względem obydwóch rodzajów prądu elektrycznego.

Zostaje nam przeto jedynie kiła, i nad têm, czy ją w naszym przypadku mamy przypuścić musimy się zastanowić nieco obszerniéj. Najpierw wypada nam uwzględnić, że kiła mózgu i rdzenia pacierzowego występuje głównie w okresie późnym choroby, że atoli i podczas kiły wczesnéj zmiany kiłowe w układzie nerwowym występować mogą i pojawiają się rzeczywiście, wątpliwości żadnéj nie ulega. Przyznaje to sam Fournier (*la Syphilis du cerveau*, 1879, str. 6) (*De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique*, 1882, str. 370) lubo przypadki takie zalicza do rzadkich, a Mauriac (*Archives de neurologie.* ' Tom I, str. 464) na zasadzie 168 przypadków oświadcza, iż kiła układu nerwowego, mianowicie mózgu i rdzenia pacierzowego, w pierwszym roku choroby, t. j. po cierpieniu pierwotném, nie zalicza się wcale do rzadkich zboczeń, bo w 168 przypadkach pojawiła się 53 razy czyli 31,5%.

Za kiłą w naszym przypadku przemawiają tedy: najpierw wystąpienie choroby u chorego kiłą niewątpliwie dotkniętego, powtóre obecność innych zboczeń ze strony układu nerwowego, jak afazyi i utraty przytomności, które są zboczeniami ze strony kory mózgowéj a zatém powierzchni mózgu, którą kiła nagabuje ze szczególniejszém upodobaniem. Daléj co do zmian zapalnych w nerwie wzrokowym, wia-

domo z poszukiwań Gałęzowskiego (*Traité des maladies des yeux*)) i innych, że nerw wzrokowy ulega stosunkowo często zmianom kiłowym, mianowicie zapalnym, co także znaleziono w naszym przypadku.

Wiadomo również, że tętnice mózgowe ulegają zmianom kiłowym, nie wszystkie atoli równie często. Do takich, które według poszukiwań Heubnera i innych autorów ulegają zmianom powyższym w pierwszym rzędzie, liczymy tętnice na podstawie czaszki, a do tych między innemi oczywiście i tętnice podstawową. Według poszukiwań Dureta (*Sur la distribution des artères nourricières du bulbe rhachidien. Archives de Physiol. normale et pathol.*, 1873, str. 97) tętnica ta zaopatruje jądra nerwów twarzowych, na wszelki zatém przypadek zostaje w blizkim stosunku do nerwu twarzowego. Co więcéj, wiadomo, że tętnice na podstawie mózgu należą do układu tętnic końcowych, (Heubner *Die luetische Erkrankung der Hirnarterien.* Leipzig, 1874, str. 187), w których zmiany chorobowe nie mogą się wyrównać przez obieg oboczny. Wiadomo wreszcie, iż ze wszystkich zmian organicznych w układzie nerwowym, szczególniéj zaś w jego ośrodkach, najprzystępniejszemi leczeniu są zmiany kiłowe właściwe. Odnosząc to do naszego przypadku widzimy, iż po zastosowniu energicznego leczenia przeciwkiłowego zmiany czynnościowe w układzie nerwowym zmniejszyły się znacznie. Dowód, że polepszenie to, jakkolwiek tak uderzające, było rzeczywiście skutkiem terapii, jest bardzo trudny.

Jeżeli się atoli zważy, iż zmiany organiczne w rdzeniu przedłużonym, z wyjątkiem nieznacznych krwotoków, do pewnego stopnia nie mają w ogólności skłonności do samodzielnego polepszenia, że krwotok w naszym przypadku nie jest prawdopodobny, przyjdziemy łatwo do przekonania, iż dzielność terapii w przypadku naszym była niezaprzeczoną. Na zarzuty, iż skuteczność leczenia nie dowodzi jeszcze istoty choroby, zgadzam się do pewnego stopnia i tylko w ogólności, albowiem w naszym przypadku wykluczyliśmy prawie na pewne rozliczne zmiany chorobowe, na które rtęć i jod mogłyby działać skutecznie.

II. O wycinaniu odźwiernika.

Wykład kliniczny.

Podał Dr. Rydygier.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39).

Mała różnica naszych sposobów polega na tém, że moja linija skośna jest łamaną; nie stanowi to atoli zasadniczéj różnicy, gdyż zasadą tych niby odmiennych sposobów jest zrównanie świateł zeszyć się mających odcinków za pomocą wycięcia kawałka zdrowéj ściany żołądka. Wątpię też, żeby w Wiedniu używana modyfikacyja była odpowiedniejszą, przeciwnie pogarsza ona znacznie sposób operowania. W punkcie *b* powstaje bowiem naprężenie, punkt ten sztucznie do dwunastnicy przeciągnięty i linija dopiero przez szew złamana mają skłonność do powrócenia na swoje dawniejsze miejsce. To naprężenie znacznie ułatwia rozejście się szwu w punkcie *b*, który i tak już przedstawia *punctum minoris resistentiae* w skutek zetknięcia się 3 linij szwów. W przypadku Lückego właśnie też na tém miejscu szew się rozszedł. Dla tego uważam za stósowniejsze wykonać przecięcie zaraz skośno-kątowe. Liczby obok rycin umieszczone dowodzą, jak to też na ostatnim Zjeździe chirurgów w Berlinie bliżéj wykazałem, że sposób ten ja pierwszy podałem i pierwszy wykonałem. Rozstrzygające są pod tym względem następujące liczby:

Rydygier operował dnia 16 listopada 1880 r. ogłosił dnia 11 grudnia 1880 r. resp. dnia 8 marca 1881 r.

Billroth operował dnia 12 marca 1881 r. ogłosił na początku maja 1881 r. przez Wölflera.

Zestawiając to cośmy powyżéj powiedzieli, zalecamy przecinać żołądek w następujący sposób:

1) W przypadkach, gdzie zmiany chorobowe zajmują zarówno małą i wielką krzywiznę lub gdzie daléj sięgają na małéj krzywiźnie, należy przecinać żołądek skośno-kątowo od góry i lewéj strony ku dołowi i prawéj, a dwunastnicę przyszywać do wielkiéj krzywizny. (Fig. III *a* i *b* i fig. IV *b*). Po takiém cięciu postać żołądka zbliża się najbardziéj do prawidłowéj, a płyn gromadzący się w żołądku nie ciśnie swoim ciężarem wprost na liniję szwu zwężającego (*Occlusionsnaht*).

2) W przypadkach, gdzie sprawa chorobowa daléj się posunęła na wielką krzywiznę niż na małą, musimy przecinać ściany żołądka skośno-kątowo od dołu i lewéj strony ku górze i prawéj a dwunastnicę przyszyć do małéj krzywizny. (Fig. I. *b*).

Gdyby wyjątkowo sprawa chorobowa zajmowała głównie krzywizny zostawiając środek nietknięty, natenczas zaleca Wölfler cięcie wykonane w ten sposób, jak je przedstawia fig. V. *a* i *b*. Co do mnie obawiałbym się tego sposobu użyć, pamiętając o doświadczeniach Madelunga i swoich (l. c.), które wykazały, że przecięte a odłączone od śródjelicia ściany jelita zawsze obumierają. W takich razach wolałbym zdrowy kawałek ściany żołądka *a*, *b*, *c*, *d*, poświęcić obawiając się jego obumarcia w skutek braku dostatecznego odżywienia.

3) Gdzie różnica obszerności światła nie jest wielką, i tam, gdzie stosunki dwunastnicy na to pozwalają, zaleca się wyrównanie różnicy, podane przez Wehra (l. c.), za pomocą przecięcia dwunastnicy skośnego, owalnego, kątowatego lub płatowego, jakiego to w moim drugim przypadku (Nr. 22) z dobrym skutkiem użyłem.

Ażeby się obejść bez używania uciskadeł, a zarazem ażeby zapobiedz wyśliźnięciu przeciętych końców żołądka i dwunastnicy, postępuje Billroth w tym akcie podług opisu Wölflera w następujący sposób:

Guz ujęty szerokiemi kleszczami Muzego oddaje asystentowi do trzymania. Cięcia przez ściany żołądka i dwunastnicy prowadzi w ten sposób, jak to przedstawiają fig. II. *a* i *b* i IV. *a* i *b*. Przecina najprzód ściany żołądkowe dwu lub trzykrotném uderzeniem nożyc w odpowiedniém oddaleniu od guza tak dalece, że pozostaje tylko tyle nieprzeciętéj ściany, ile wynosi światło dwunastnicy. Po każdém uderzeniu nożyc zakłada natychmiast kleszczyki na strzykające tętniczki, a przed założeniem szwu zwężającego (*Occlusionsnaht*) podwięzuje cienkim jedwabiem. W razie gdyby w żołądku pozostało było cokolwiek płynu, natenczas wydala go teraz przez przecięte światło za pomocą gąbek na ten cel przygotowanych, a w końcu wyciera ściany żołądka od wewnątrz gąbką odwietrzoną. Następnie łączy szwem brzegi żołądka ze sobą (*Occlusionsnaht*). Po założeniu tego szwu dopiero przecina resztę ściany żołądka. Teraz guz wisi tylko jeszcze na dwunastnicy, którą następnie też przecina w od-

powiedniém oddaleniu od guza nożycami; ażeby atoli nie uciekła, zakłada przed zupełném przecięciem 2—3 szwy jedwabne przez jéj przednią ścianę, żeby ją za nie trzymać. Następuje dokładne zatamowanie krwi z ścian dwunastnicy. Nareszcie wkłada do światła dwunastnicy tymczasowo małą gąbkę, albo—jak w ostatnim czasie postępowano — zamyka dwunastnicę tymczasową podwiązką jedwabną.

IV. Akt operacyjny. Połączenie żołądka z dwunastnicą.

Szew zakłada się w dwóch rzędach w sposób, jaki podał Czerny dla szwu jelitowego. Dodać do tego można jako trzeci rząd szew błony śluzowéj; jak to zaraz w pierwszym moim przypadku zrobiłem, ażeby w ten sposób zapobiedz choćby najmniejszemu rozchodzeniu się błony śluzowéj i tak szczelnie pokryć całą ranę ścian żołądko-dwunastnicowych. Szwy te zakładałem od wewnątrz i na tylnéj ścianie je też do wewnątrz zawiązywałem. Od czasu, kiedy Hahn w swoim przypadku zauważył, że jeszcze po kilku dniach wracające się masy kałowe mogą świeżą co dopiero zlepioną ranę rozpuścić, uważam ten rząd szwów, chroniący niejako przed podobném zajściem, za bardzo ważny.

Podług zasady szwu Czernego zakładamy tak szew łączący *(Ringnaht)*, jako i zwężający. Pozostawia się zupełnie do woli, jakie szwy najprzód chcemy założyć, czy zwężający lub łączący. Szew łączący rozpoczynamy od małéj krzywizny i łączymy najprzód tylną ścianę od góry do dołu szwem Czernego wewnętrznym. Kto moje elastyczne uciskadła tak założył, że górne ich końce nie wiele wystają nad małą krzywiznę, temu nie sprawi żadnéj trudności odwrócenie żołądka do góry i tylną ścianą naprzód tak, że bez mozołu a dokładnie może założyć tylny rząd szwów od zewnątrz. Cokolwiek wygodniéj się szyje, jeżeli użyjemy sposobu najprzód przez Péana podanego i szew od wewnątrz światła założymy zawięzując także do wewnątrz, jak to Péan (l. c. str. 521) opisuje: *„pour les premières, le noeud fut tourné en dedans du côté de l'intestin.“* Wölfler ten sam sposób odkrywa około 2 lata później na nowo i opisuje go jako swój „szew wewnętrzny“ (l. c. str. 22), a późniejsi autorowie cytują go jako szew Wölflerowski (?!) Przed Wölflerem już Wehr (l. c.) używał tego szwu w swoich doświadczeniach na psach. Przed założeniem przednich szwów, a więc przed zamknięciem światła, zeszywamy błonę śluzową tylko kilku szwami, tak na tylnéj jako i na przedniéj ścianie w sposób powyżéj podany. Po założeniu wewnętrznego rzędu Czernego zdejmuję moje uciskadła.

Drugi rząd Czernego zakładam w kierunku odwrotnym od góry i przodu do dołu i tyłu naokoło. Punkt *b*, w którym się schodzą 3 rzędy szwów, możemy wzmocnić szwem krzyżowym. W każdym razie winniśmy na to miejsce zwrócić naszą szczególną uwagę, a przed odprowadzeniem całą zeszytą część jeszcze raz dokładnie zbadać.

Biliroth i inni używają do szwu najcieńszego odwietrzonego jedwabiu, Péan, ja i inni używaliśmy cieniuteńkiego katgutu. Jak to już w méj pracy o szwie jelitowym (l. c.) powiedziałem, nie chodzi tu tyle o to, c z é m się szyje tylko j a k się szyje, co też Albert w najnowszém wydaniu swojego podręcznika potwierdza (str. 378).

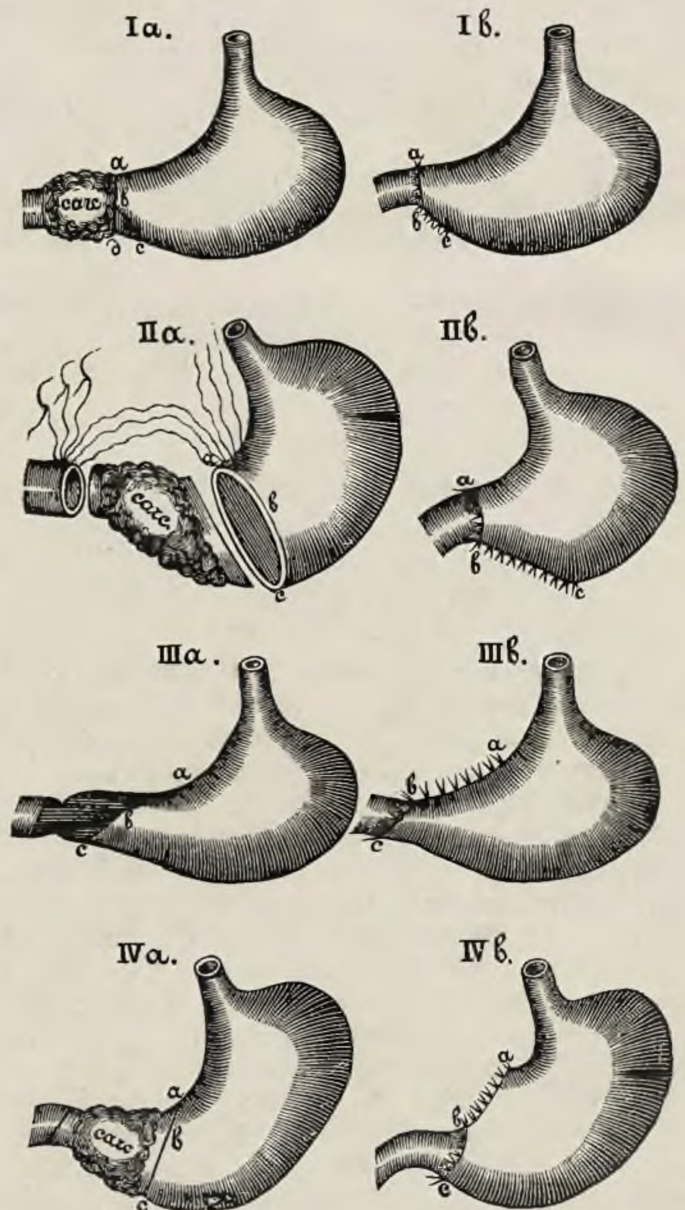
Przyszłe dopiero doświadczenie rozstrzygnie, czyby można z korzyścią użyć do wewnętrznego rzędu szwów szwu kuśnierskiego, a do zewnętrznego szwu Madelunga *(Knorpelplattennaht)*.

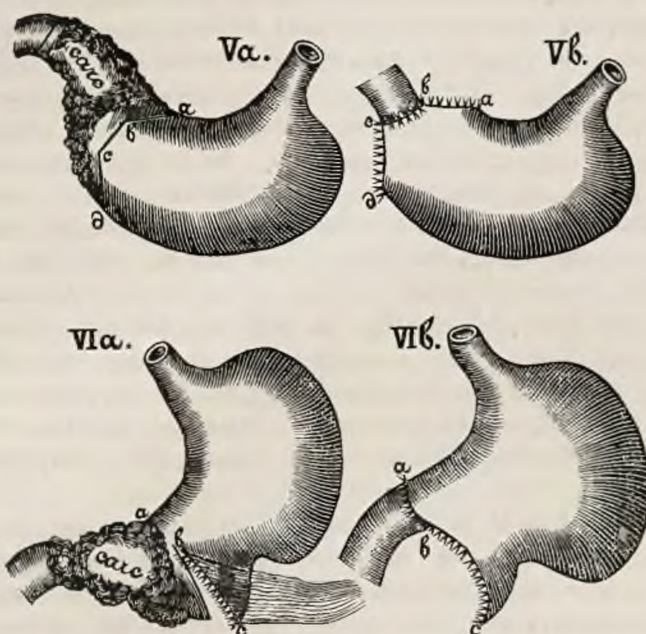
Jeżeli po dokładném zbadaniu znaleźliśmy szew dobrze założonym, natenczas obcieramy pole operacyjne tamponikami umaczanemi w ciepłym 3% karbolu, a potém część zeszytą odprowadzamy.

V. Akt operacyjny. Zeszycie ścian brzusznych.

Ściany brzuszne łączymy szwami na przemian głębokiemi chwytającemi otrzewnę i powierzchownemi. Użyć też można szwu blaszkowatego *(Plattennaht)*. W końcu zakładamy opatrunek Listerowski bez sączków.

L e c z e n i e n a s t ę p o w e polega na stósowném żywieniu chorego bez obciążania jego żołądka. Pierwsze 24—48 godzin najlepiéj odżywiać go lewatywami pożywiającemi. Potém możemy przejść do podawania potraw płynnych stósownie do ogólnego stanu sił operowanego i reszty zachowania. Uważać należy, co chory najlepiéj znosił przed operacyją. Billrotha pierwsza chora np. znosiła najlepiéj zsiadłe mleko przed operacyją, to też służyło jéj i po operacyi. Prócz tego możemy podawać cokolwiek nastoju makowcowego, żeby o ile możności uspokoić ruchy przewodu pokarmowego; jeżeli się pojawi pragnienie i skłonność do wymiotów, natenczas podamy kawałki lodu; w razie zapadu sił podamy wino i kamforę! W takim przypadku można by też wykonać transfuzyję, która w przypadku Péana 2 razy dobrze skutkowała, aczkolwiek tylko na krótko. Jeżeli przebieg jest pomyślnym, to w drugim tygodniu możemy podawać choremu potrawy mięsne lekko strawne.





(Dokończenie nastąpi).

III. Badania doświadczalne nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim.

Wykonał Dr. Walery Jaworski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 39).

A.) **Doświadczenia próbne.**

1) Doświadczenie *a* (NaCl podczas ruchu).

Osoba badana wypiła na czczo o g. 6¾ rano 500 kcm. jednoodsetkowego rozczynu soli kuchennéj przy pokojowéj ciepłocie, poczém przyszła z odległości dwóch kilometrów do mojéj pracowni, gdzie przedsięwzięto aspiracyję o g. 7½ rano, lecz wcale cieczy ze żołądka nie otrzymano; zatém cała ilość rozczynu opuściła żołądek w przeciągu trzech kwadransów.

2) Doświadczenie *b* ($NaCl + Na_2SO_4$ podczas ruchu).

Osoba badana wypiła rano na czczo 500kcm. rozczynu jedno-odsetkowego soli kuchennéj i tyleż siarkanu sodowego przy ciepłocie pokojowéj o g. 7 rano. Poczém przebyła ona tę samą drogę, co i w poprzedzającém doświadczeniu do mojéj pracowni, gdzie o g. 7¾ rano przedsięwzięto aspiracyję; lecz również żadnéj cieczy nie można było wyciągnąć; i ten rozczyn przy użyciu ruchu w przeciągu trzech kwadransów żołądek opuścił.

3) Doświadczenie *c)* (NaCl i ruch).

O g. 6½ rano dano się na czczo napić osobie badanéj 250 kcm. jednoodsetkowego obojętnego rozczynu soli kuchennéj przy ciepłocie pokojowéj, poczém badany przechadzał się po pracowni do g. 6¾, kiedy nastąpiła aspiracyja, i zdołano wyciągnąć 140kcm. płynu żółtawego mętnego, oddziaływania obojętnego, który po przesączeniu zużył na 10 kcm. 17·2 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego, czyli zawierał 1·003% NaCl, tj. tyle soli kuchennéj, ile w pierwszym rozczynie było.

4) Doświadczenie *d)* (500 *aq. dest.* przez 28 min).

O g. 7 min. 46 rano podano do wypicia naczczo 500 kcm. wody przekroplonéj o ciepłocie 12·5°C. Poczém badany siedział spokojnie do g. 8 min. 14, kiedy zdołano wyciągnąć ze żołądka tylko 7 kcm. cieczy mętnéj śluzowéj, oddziaływania mocno kwaśnego, którą rozcieńczono pięćkrotnie, tj. dopełniono wodą przekroploną do 35 kcm., pokłucono i przesączono. Przesącz ten wykazał w 100 kcm. cieczy żołądkowéj.

Kwasoty: 10 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu ługu sodowego.

Chloru: { 52·5 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego czyli 0·1859 grm. chloru.

Kw. solnego 0·03646 grm. (jeżeli kwasota pochodzi tylko od kw. solnego).

Gdyż szczegółowy rozbiór wykazuje:

Dwie próby po 5 kcm. przesączu zużyły 0·1, 0·1 kcm. dziesiętnonormalnego ługu sodowego.

Inne dwie próby po 5 kcm. przesączu zużyły 0·55 i 0·50 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego.

W tém doświadczeniu zadziwia znaczna kwasota treści żołądkowéj, wynosząca więcéj niż 3 p. m. HCl, podczas gdy przy użyciu NaCl w dośw. 3 treść była obojętną. Następnie zasługuje ta okoliczność na uwagę, że po upływie 28 minut ze żołądka już mało co treści płynnéj wyciągnąć można było. Dla wyśledzenia bliższych w tym względzie szczegółów przedsięwzięto jeszcze doświadczenia z wodą przekroploną.

5) Doświadczenie *f)* (500 *aq. dest.* przez 16 min.)

3500 kcm. wody przekroplonéj oziębionéj do 10·5°C., podano do wypicia na czczo o g. 9 min. 3, poczém badany siedział do godz. 9 min. 19, kiedy zdołano wyciągnąć 236 kcm. płynu barwy blado-zielonkowato-niebieskiéj, oddziaływania kwaśnego. Płyn ten przesączono i na 100 kcm. znaleziono:

Kwasoty: 3·0 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu ługu sodowego.

Chloru: { 23·5 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego czyli: 0·0832 grm.

Kw. solnego 0·0109 „

Dwie próby bowiem po 20 kcm. przesączu zużyły 0·6 i 0·6 kcm. dziesiętnonormalnego ługu sodowego, a inne dwie próby również po 20 kcm. przesączu spotrzebowały 4·70 i 4·75 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu srebrowego.

W tym doświadczeniu treść żołądkowa również była kwaśną, lecz mniéj niż w doświadczeniu poprzedzającém, co pochodzi z krótszego przebywania cieczy w żołądku w obec większego rozcieńczenia wydzielającego się soku żołądkowego.

6) Doświadczenie *g)* (500 *aq. dest.* 14 min.)

O g. 8 min. 1 rano podano na czczo do wypicia 500 kcm. wody przekroplonéj ogrzanéj do 50°C. Poczém badany siedział do godz. 8 min. 15, kiedy zdołano wyciągnąć 195 kcm. płynu nieco mętnawego białawego, oddziaływania bardzo słabo kwaśnego. W przesączonéj cieczy znaleziono na 100 kcm.

Chloru: { 10·5 dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego, czyli 0·0372 grm. chloru.

Kwasota: bardzo mała.

Na 20 kcm. przesączu zużyto 2·1 kcm. rozczynu srebrowego a jedna kropla dziesiętnonormalnego rozczynu ługu sodowego sprawiła w 20 kcm. przesączu już zabarwienie niebieskie.

Podwyższona ciepłota wody przekroplonéj sprawiła i mniejsze wydzielenie się chloru i kw. solnego, niż woda zimna w doświadczeniu poprzedzającém; natomiast ciepłéj

wody więcéj ubyło że żołądka niż zimnéj w dośw. 5 pomimo krótszego trwania doświadczenia.

Treść płynną żołądka z tego doświadczenia zbadano także jakościowo pod względem składników nieorganicznych, a to w celu aby się przekonać, o ile zawartość ciał nieorganicznych czystego soku żołądkowego może wpływać na wyniki późniejszych rozbiorów chemicznych treści żołądkowéj po zadaniu rozczynów solnych. Badanie płynu uskuteczniono w ten sposób, że 100 kcm. treści żołądkowéj odparowano do suchości i spalono; pozostałość rozpuszczono w 20 kcm. wody zakwaszonéj kwasem solnym a po przesączeniu wykazało badanie zupełnie ujemny wynik co do Mg, H_3PO_4 i K, zaś ślady Ca (szczawian amonowy dał słabo dostrzegalne zmącenie) i ślady H_2SO_4 ($BaCl_2$ dał bardzo słabe zmącenie), który to kw. siarkowy nie był pierwotnie w treści żołądkowéj, lecz powstał przez spalenie siarki ciał organicznych. Ze wszystkich więc składników treści żołądkowéj mógłby na rozbiór chemiczny wpływać tylko Ca; lecz ilość jego przedstawia się tak małą, że ją przy doświadczeniach tych rozmiarów uwzględnić trudno. (C. d. n).

IV. Oceny i sprawozdania.

Beiträge zur Biologie als Festgabe dem Anatomen und Physiologen Th. L. W. von Bischoff zum 50-jährigen medizinischen Doctorjubiläum gewidmet von seinen Schülern. Stuttgart. 1882, 349, str. 13, t. 8 drzeworyt.

Pod powyższym tytułem ukazała się przed paru miesiącami na pułkach księgarskich książka, obejmująca 16 rozpraw, napisanych przez byłych uczniów sławnego anatoma i fizyjologa, obchodzącego w d. 16 stycznia r. b. 50-letni jubileusz doktorski. Z rozpraw niektórych, mogących bliżéj zająć ogół lekarzy, zamierzamy niniejszém zdać sprawę.

Prof. Voit w Monachijum: Znaczenie żółci dla przyswajania pokarmów w kiszkach. Autor położył sobie za zadanie zbadać kwestyję, jaki wpływ wywiera żółć na przyswajanie różnych pokarmów w przewodzie jelitowym. Badania wykonywał autor na psach z przetokami żółciowemi. Wyniki tych badań są następujące: 1) Wessanie białka i kleju w kiszkach, jakotéż rozkład tych ciał w ustroju, niezależnym jest od żółci. 2) Żółć nie wywiera także żadnego wpływu na wessanie i rozkład węglekόw wodu. 3) Tłuszcz podany zwierzęciu w normalnych stosunkach ulega wessaniu aż prawie do 1%. Po założeniu przetoki żółciowéj, a więc po usunięciu działania żółci, zaledwo 40% ulega wessaniu i to przy jak najobfitszém podaniu tłuszczów. Zwierzęta zwolna chudną i mimo najstaranniejszego żywienia giną. Tłuszcz więc u takich zwierząt musi działać szkodliwie na ustrój. Psy, którym podawano mięso dokładnie uwolnione od tłuszczu, z dostateczną ilością chleba, utrzymywały się przy życiu. Psy z przetokami żółciowemi, żywione obficie tłuszczem, ulegały zaburzeniom w trawieniu. Kał, skutkiem znacznéj domieszki tłuszczu, stawał się szarawo-białym, występowały biegunki, często krwawe. Kał był silnie cuchnącym, często odchodziły wiatry cuchnące. Skoro zaś takiego psa żywiono mięsem pozbawioném tłuszczu i chlebem, objawy powyższe nie występowały. Zboczenia więc powyższe były wywołane jedynie tylko przez tłuszcz. Z tego daléj wynika, że właściwie żółć nie posiada przypisywanych jéj własności antyseptycznych, lecz tylko zapobiega tym zaburzeniom, połączonym ze znacznym rozkładem treści jelit, jakie tłuszcz sprawia.

U ludzi z żółtaczką, przy zatamowaniu dopływu żółci do jelit, kał bywa także szary lub białawo szary. Przypisuje się to powszechnie brakowi barwików żółciowych. Rzecz się tak jednak nie ma. Psy żywione mięsem dokładnie pozbawioném tłuszczu i chlebem, wydalają kał ciemny, smołowaty, jak zwykle kał mięsny, mimo, że do kiszek nie dostawało się nic żółci. Barwa więc właściwa kału u ludzi z żółtaczką nie zależy od braku barwików żółciowych, lecz od obecności nieprzetrawionego tłuszczu. Kał taki jest w znacznéj części w eterze rozpuszczalnym, a pod mikroskopem wykazuje jako główną część składową kuleczki drobne tłuszczu. Tłuszcz ulega w małéj cząstce wessaniu, choć żółć wcale do kiszek nie dopływa. Z tego powodu przypuszczano (Kl. Bernard), że sok trzustkowy przyczynia się także do wessania tłuszczu. Mniemanie to jednak nie wytrzymało krytyki.

Zboczenie w ekonomii odżywiania, jakie powstaje skutkiem braku żółci, jest następującém: Jeżeli nie dostarczy się organizmowi istot bezbiałkowych, węgleków wodu, to ustrój jest zmuszonym część istot białkowatych przerabiać na tłuszcz. Skoro ustrój otrzymuje prócz białka węgleki wodu lub tłuszcz, potrzebuje do odżywienia dostatecznego mniéj tego pierwszego. W obec braku żółci tłuszcz nieresorbowany działa szkodliwie na przewód pokarmowy, a zarazem sprowadza zaburzenie w całéj ekonomii odżywiania. Można go wprawdzie zastąpić częściowo węglekami wodu, lecz trawienie nie znosi przez dłuższy czas podawanych tak znacznych ilości skrobi. W odżywianiu więc zwierząt mięso- jakotéż roślinożernych niezbędnym jest tłuszcz. Już w mleku macierzystém otrzymuje młode zwierzątko ssące poddostatkiem tłuszczu. Tłuszcz jest także rozpowszechnionym we wszystkich częściach składowych świata roślinnego.

Na czém zasadza się własność żółci przyswajania ustrojowi tłuszczów? Żółć posiada własność zarabiania tłuszczów w zawiesinę, lecz sama ta własność nie wystarcza, aby umożliwić wejście tłuszczu w naczynia chłonne; głównym warunkiem jest tutaj zwilżenie błony śluzowéj żółcią; kosmki muszą być przesiąkłe żółcią; przez to płynny tłuszcz ulega wessaniu jakby przez gąbkę (Brücke) i następnie zostaje ku naczyniom chłonnym doprowadzonym (str. 104—135).

(Ciąg dalszy nastąpi).

Baumgarten: **O gruźlicy utajonej.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 39).

Pokrótce zastanawia się B. nad dowodami:

B) nozologicznemi i

C) doświadczalnemi, które wszystkie przemawiają, zdaniem jego, przeciw odłączeniu suchót od gruźlicy i za identycznością obu tych chorób.

Obie zmiany chorobowe nader często, wśród tych samych warunków, zjawiają się obok siebie i w najściślejszym pozostają związku między sobą. Toż samo potwierdza cały szereg badaczy od Villemina począwszy, który pierwszy przeszczepiał masy serowate, aż do obecnych. Tylko wytwory złogów suchot i gruźlicy przeszczepione na zwierzę, zdolne są sprowadzić gruźlicę, a nie żadna inna istota (wyjąwszy krew i wydzieliny zwierząt gruźliczych); ztąd wynika, że tak zołzy, suchoty, jak i gruźlica stanowią jeden jednolity rodzaj (*species*) chorobowy.

W obec tego i znaczenie kliniczne gruźlicy musi być odmienném. „*Die Tuberkulose ist an und für sich im Allgemeinen gar keine so schlimme Krankheit*“ woła B., wyrażając przytém zdziwienie, iż dotąd gruźlicę uważano za tak bar-

dzo zabójczą, skoro przecież wiadomą jest rzeczą, że nieraz dzieci okazujące grube pakiety gruczołów gruźliczych na szyi, wyrastają na silnych i zdrowych ludzi, że osoby dotknięte garbem, zazwyczaj e *carie vertebr. tuberculosa* powstałym, cieszą się zdrowiem, a nawet późnego wieku dosięgają.

Znane dawniéj już przypadki wyleczenia suchot nie odnoszono do gruźliczych, lecz do suchot zapalnych. Skoro jednak dziś wiemy, że wszelkie serowate suchoty płucne wespół z gruzełkami się rozwijają, to musimy przypuścić, że i t. zw. gruźlicze suchoty są uleczne. Niebezpieczeństwo zaś, jakie zagraża tym chorym, nie polega na wystąpieniu gruzełków u suchotnika, lecz na rozwijaniu się suchot (rozpadu) u chorych gruźliczych [1]).

Zapatrywanie swe popiera B. własném doświadczeniem. Na podstawie długoletnich, ściśle przeprowadzonych, badań drobnowidowych nabył on przekonania, że przeważna część blizn barwikowych (*einfache Pigmentindurationen*) miąższu płucnego zawdzięcza swój początek rozwiniętéj i wstecznie przeobrażonéj, ograniczonéj sprawie gruźliczéj; są to zatém ogniska gruźlicy miejcowéj wygojonéj. [2]) Wykazawszy przyrodę gruźliczą wielkiéj części blizn barwikowych, wykazawszy to samo odnośnie do serowatych lub w części skredowaciałych guzów miąższu płucnego, takichże zmian w gruczołach limfatycznych, jam, szczególniéj jamy brzusznéj, gruczołów oskrzelowych, zwróciwszy następnie uwagę na to, że zmiany powyższe, ściśle gruźlicze, nieraz lata całe w ustroju są zagnieżdżone i tylko przypadkowo przy sekcyi są widoczne, wnosi, że dowodzą one nietylko z jednéj strony uleczność spraw gruźliczych, ale z drugiéj strony, stósownie do jakości zmiany, świadczą o istnieniu gruźlicy utajonéj. Przez nią należy rozumieć te przypadki, w których istniejąca sprawa gruźlicza, nie dla tego jakoby na zawsze była niewybadalną dla lekarza, lecz z przyczyny nieznacznych swych rozmiarów i skłonności do gojenia się, nie sprowadza ani dla życia, ani dla czynności poszczególnych narządów, zgoła żadnych zaburzeń.

Istniejąca tedy gruźlica narządów wewnętrznych, nie zdradzająca się lekarzowi ani objawami miejscowemi, ani ogólnemi, zowie się gruźlicą utajoną. W obec tego nie dziw, że ze statystyki autora wynika niezwykła częstość téj sprawy chorobowéj.

Co trzecie lub czwarte indywiduum, z wykluczeniem oczywiście zmarłych na gruźlicę, wykazuje przy sekcyi zmiany utajonéj lub wygojonéj gruźlicy. Mimo woli przypominają się słowa, które Cohnheim opowiada [3]) o pewnym lekarzu: *„Ein bischen Tuberkulose hat am Ende Jeder.“*

[1]) W opisach dawniejszych częściéj się spotykamy z „uleczności suchót.“ I tak pisze Carswell (cytow. w *Handbuch d. spec. Path. u. Ther.* etc. Berlin. Wien 1841, Bd. II. pag. 1133), że nigdy anatomija patologiczna lepszych nie podawała dowodów dotyczących uleczności jakiejś choroby, jak w suchotach gruźliczych (*Tuberkelschwindsucht*), gdzie istota gruźlicza.... staje się suchą, wapienną lub kredowatą. Toż samo Laënnec, Andral i Clark ibid. Wszyscy ci autorowie jednak mają na myśli wytwarzanie się blizn w miejsce zniszczonéj tkanki płucnéj. O uleczności gruźlicy *strict. sens.* nie ma tu mowy, gdyż téj choroby nie rozróżniali. Przyp. spr.

[2]) Rokitansky już przed laty wypowiadał to zdanie, jakkolwiek ścisłych histologicznych dowodów nie podał. B. dokładnie opisuje utkanie tych blizn, często znachodzące się komórki olbrzymie i t. d.

[3]) *Die Tuberkulose vom Standpunkt der Infektionslehre.*

Autor porównywa kiłę utajoną z gruźlicą utajoną, temat ulubiony ftizyjologów, i między innemi kładzie szczególny nacisk na wielkie podobieństwo swoistych gruźliczych i kiłowych tworów gruzełka i kilaka. „Podobieństwo, mówi B., swoistych tworów obu tych chorób w istocie jest tak znacznéin, że nie można wcale podać bezwględnych cech jakichś rozeznawczych“ (str. 16). Również i zmiany na skórze i na błonie śluzowéj u osób zołzowych, według poglądów Baumgartena, należących również do kategoryi gruźliczych zmian, przedstawiają tylko analogiję osutek, zjawiających się wśród kiły.

W końcu zastanawia się autor nad zaraźliwością gruźlicy, upatrując w téj własności również wielkie podobieństwo do kiły.

Pozorna rzadkość zakażenia zewnętrznego, czyli zarażenia się gruźliczego, tłumaczy się warunkami niekorzystnemi. Zmiany gruźlicze części rodnych, a zatém narządu, który w kile w przeważnéj części jest przenośnikiem jadu, są nader rzadkie. Zakażenie zaś wewnętrzne, a raczéj śródmaciczne, przedstawia prawie te same cechy, co zakażenie kiłowe śródmaciczne. Dziedziczność gruźlicy, zdaniem B., jest rzeczą udowodnioną. Ci którzy twierdzą, że tylko skłonność do gruźlicy jest dziedziczną, w zasadzie wyznają i ogólnie dziedziczność gruźlicy. Wszakżeż dziś, gdy znamy jad gruźliczy, należałoby jak w kile, zamiast o skłonności mówić wprost o dziedziczności, o przenoszeniu jadu gruźliczego. Że gruźlica tak jak i kiła wystąpić może już w wieku dziecięcym, dowodem tego zołzy. Że tak jak kiła i gruźlica może być wrodzoną [1]), dowodzą liczne obserwacyje [2]).

Jakkolwiek każdemu lekarzowi znane są przypadki gruźlicy, gdzie stanowczo wykluczyć się da dziedziczność, choć tylko gruźlicy jawnéj (a nie utajonéj), to przecież trudno przypuścić, ażeby się gruźlica sama samorodnie rozwijała, gruźlica, która przecież jest chorobą tak wybitnie „swoistą“, o swoistym jadzie.

Okoliczność, że lichy ogólny stan jakiegoś osobnika sprzyja rozwojowi gruźlicy, pomimo teoryi infekcyjnéj o téj chorobie, nie traci na znaczeniu. Wszakżeż w każdéj chorobie zakaźnéj napotykamy podobne zjawisko.

Przyczyny suchót w tém upatrywać, jest rzeczą błędną. Drogą doświadczalną, upośledzając odżywienie zwierzęcia, jesteśmy w stanie sprowadzić różne inne choroby, nigdy suchót lub gruźlicy.

Predyspozycyja jest tedy tylko skłonnością do zarażenia się, wynikającą z osłabienia narządów, lub téż brakiem siły odpornéj wywołaną skłonnością, która czyni ustrój sposobniejszym dla rozwoju spraw chorobowych swoistych, odziedziczonych. *Dr. Pisek.*

Prof. Nussbaum: **Prosty a skuteczny sposób leczenia kurczu pisarskiego.**

Pomimo licznych badań nie zdołano jeszcze odkryć istotnéj przyczyny kurczu pisarskiego, nie mamy nawet pewności, czy przykrą tę chorobę wywołują jakieś zmiany w układzie nerwowym, mianowicie w ośrodku regulującym ruchy mięśni ręki, lub téż może same mięśnie są chorobowo zmienione. W każdym razie ciekawe jest zjawisko, że objawy chorobowe występują tylko przy pewnych czynnościach jak pisaniu, szyciu, graniu na fortepianie itd. Dowiedzioną jest

[1]) Wbrew zdaniu Virchowa.

[2]) Autor przytacza z dawniejszych: Ancella, Langstaffa, Hussona, Chaussiera, Dupuyego, Andrala, Lobsteina i t. d., z nowszych znane są przypadki: Scanzoniego, Rillieta i Bartheza, Demmego.

także rzeczą, że przyczyną choroby nie zawsze jest nadmierne natężenie odpowiednich mięśni przez zbytnią pracę, w wielu przypadkach jest ona wyraźnie wrodzona lub odziedziczona.

Zalecane dotąd środki przeciw kurczowi pisarskiemu, jak używanie rączek do pióra bardzo grubych lub opatrzonych płytkami metalowemi, obwijanie palców przylepcem, przecinanie mięśni i ścięgien, naciąganie nerwów, a nawet elektroterapija i mięsienie bardzo małe lub żadnych nie odniosły skutków. Wprawdzie w ostatnich czasach nauczyciel pisania p. Wolff przez długoletnie spostrzeżenia i wprawę nauczył się leczyć tę chorobę przez gniecenie i gimnastykę odpowiednich mięśni, jednak sposób ten leczenia jest tak trudny, że dotąd nikt prócz p. Wolffa nie osiągnął nim pomyślnego wyniku, a nadto tak powikłany i niezrozumiały, że nie da się wcale opisać. Z tych więc powodów wynalazek p. Wolffa jest dla nauki prawie zupełnie bez korzyści, gdyż po śmierci wynalazcy zginie jego sposób leczenia.

Z prawdziwą więc radością powitać możemy pracę Nussbauma, w której podana jest prosta i zdaje się pewna metoda leczenia kurczu pisarskiego. Metoda Nussbauma opiera się na następującém rozumowaniu. Jakakolwiek jest przyczyna kurczu pisarskiego ośrodkowa lub obwodowa, nerwowa lub mięśniowa, w każdym razie polega ona na zwichnięciu równowagi między grupami mięśni ręki, mianowicie na kurczowém ściąganiu się mięśni używanych wyłącznie przy pisaniu, t. j. zginaczy i adduktorów, a osłabieniu ich przeciwników, wyprężaczy i mm. odwodzących. Należałoby więc przez odpowiedni przyrząd zmienić akt pisania w taki sposób, aby przy tém działały tylko dwie drugie grupy mięśni, pierwsze zaś zostawały w zupełnym spoczynku; w takim bowiem razie samo pisanie byłoby najlepszym środkiem leczącym kurcz pisarski. Zadaniu temu uczynił N. zadość w sposób następujący. Sporządził on obrączkę owalną z paska gutaperki 3ctm. szerokiego a 2—3 mm. grubego. Obrączkę tę, mającą 9cm. w średnicy podłużnéj a 3 w poprzecznéj (zresztą musi ona być zastosowaną do wielkości ręki chorego), zakłada się na 4 pierwsze palce ręki, mały palec pozostaje wolny. Następnie przytwierdza się do niéj za pomocą odpowiednich śrubek rączkę z piórem tak, aby po położeniu ręki na stole koniec pióra dotykał papieru. Założoną w ten sposób obrączkę utrzymać można na ręce w daném położeniu tylko przez silne wyprostowanie i odwiedzenie palców mianowicie kciuka, zatém przez natężenie mięśni, które przy zwykłym sposobie pisania są zupełnie bezczynne, podczas gdy chorobowo zmienione zginacze i mm. przywodzące palców zostają w zupełnym spoczynku.

Doświadczenie sprawdziło zupełnie nadzieje pomyślnego skutku. Nussbaum bowiem przekonał się, że każdy cierpiący na prawdziwy kurcz pisarski nawet w tak wysokim stopniu że nie mógł podpisać swego nazwiska, był w stanie z obrączką N. napisać natychmiast kilka wierszy; nigdy przy pisaniu z obrączką nie występowały napady kurczu, owszem wszyscy chorzy oświadczali, że podczas pisania z obrączką doznają przyjemnego uczucia właśnie w miejscach przy zwyczajném pisaniu najboleśniejszych. Po niejakim czasie i przy wytrwałości chorzy byli w stanie powrócić do zwykłego sposobu pisania.

Spodziewać się należy, że doświadczenia innych chirurgów tak samo pomyślne dadzą wyniki. *Dr. Schramm.*

Wiadomości pomniejsze.

(L. K.). **Amaurosis skutkiem chininu.** Knapp podaje następujące w tym przedmiocie spostrzeżenie. Po użyciu przez pomyłkę znaczniejszéj dawki chininu (10 do 12 grm. na raz) lub po użyciu średnich dawek zbyt często (0·60 co 2 godz.), lub nawet mniejszych, dłuższy czas używanych, uważano niejednokrotnie, że pośród objawów ogólnych, jak bladości, nagle występującéj, ogromnego osłabienia, drżenia w odnogach, dzwonienia w uszach, występuje nagle zupełna utrata wzroku. W niektórych przypadkach zatrucie było tak ciężkiém, że chory pozostawał kilka dni, a nawet do 2 tygodni, bezprzytomnym, i dopiero po powrocie przytomności spostrzeżono zupełną utratę wzroku i słuchu. Żrenice są w tych przypadkach rozszerzone cośkolwiek, zresztą zewnętrznie żadnych zmian spostrzedz nie można. Wziernik wykazuje zupełną bezkrwistość tarczy i siatkówki, tarcza nerwu wzrokowego kredowo biała, nie widać ani śladu naczyń. Stan ten absolutnéj ślepoty trwać może tygodnie, poczém zwolna wzrok powraca. Pole widzenia jest jednak prawie zawsze już stale zmniejszoném. Podobne objawy widział autor także w 3 przypadkach po podaniu większych dawek kwasu salicylowego i salicylanu sodowego. Prognoza i w tych przypadkach jest dobrą. (*Allg. med. Centr. Ztg.* 1882. s. 846).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VIII z d. 26 kwietnia 1882.

Przewodniczący: kol. Doc. Jordan. Członków obecnych 17.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Przewodniczący, w porozumieniu z Komitetem przedstawia na członka honorowego Tow. prof. Dra Arlta a to ze względu na znakomite zasługi jego na polu nauki.

3) Przewodniczący podnosi sprawę II Zjazdu czeskich lekarzy i przyrodników, zachęcając do jak najliczniejszego w nim udziału. Delegatem na Zjazd ten wybrano ze strony Towarzystwa prof. Dra M. Jakubowskiego.

4) W dyskusyi nad odczytem prof. Korczyńskiego, na zeszłém posiedzeniu wygłoszonym, zabrał głos prof. Browicz: Tenże przypisuje indywidualnym, wrodzonym własnościom tkanek główną rolę w sprawie rozrostu tkanki łącznéj i wszelkiéj w ogóle produkcyi tkaninowéj. Bodźce zewnętrzne mają tylko znaczenie pośrednie przez to, iż przy działaniu częstém, dłuższém a nawet trwałém wytwarzają wśród tkanin, a raczéj systemów tkankowych, mniéj lub więcéj korzystne warunki, które są niezbędne i w obec których tylko zdolność histogenetyczna tkanek ujawnić się a produkcyja do skutku przyjść może. Gdyby bowiem bodźce zewnętrzne miały to znaczenie, jakie im w ogóle przypisujemy i na co prelegent większy nacisk kładzie, o wiele częściéj spotykalibyśmy się z t. zw. włóknistém zwyrodnieniem aniżeli to rzeczywiście się dzieje. Wyskok, kiła, pyły, różne np. tak rozpowszechnione wpływy szkodliwie na ustrój działające, którym właśnie w sprawie rozrostu tkanki łącznéj tak ważne znaczenie przypisujemy, o wiele rzadziéj rozrost tkanki łącznéj sprowadzają, aniżeli to z rozpowszechnionego działania tychże czynników wypadałoby. Mały stosunkowo procent ludzi ulega zmianom pylicowym, jeżeli uwzględnimy, jak znaczna ilość na wpływy te narażoną bywa. To samo odnieść można do marskości wątroby lub nerek, których bezpośrednią przyczyną mają być bodźce, jak wyskok lub kiła. Do téjże indywidualnéj różnicy w własnościach tkanki łącznéj odnieść należy różnice w wejrzeniu i składzie nerek w chorobie Brighta, polegających na różnym stopniu udziału tkanki łącznéj w zmianach chorobowych, różnorodnemi szkodliwościami sprowadzanych. Zdaniem więc kol. Browicza ogólniejszy rozrost tkanki łącznéj, nadmiernie bujającéj, powstać może u tych tylko osób, u których tkanka łączna większą

zdolnością histogenetyczną jest obdarzona bez względu na jakość bodźca zewnętrznego, pośrednio tylko działającego.

Kol. Warschauer listownie podaje swe uwagi, a mianowicie zaznacza, iż dotychczasowy podział chorób na miejscowe i ogólne utrzymuje się w całéj pełni, atoli ilość chorób ogólnych, ustrojowych z postępem czasu i skutkiem ścisłego badania bezsprzecznie się powiększy. Kol. W. zwraca daléj uwagę, że prelegent musiał wkroczyć w dziedzinę anatomii patologicznéj, gdyż ta ostatnia wprzód wykazać winna związek zmian na zwłokach spostrzeganych, by je módz zjednoczyć w chorobową jednostkę, a klinika korzystając ze wskazówek anatomii patologicznéj śledzi za pojawami, któreby umożebniły rozpoznanie choroby ogólnéj za życia. Ztąd wynika, że z postępem czasu liczba chorób ogólnych powiększyć się może, skreślenie zaś obrazów chorobowych wykona klinika na podstawie badań anatomiczno-patologicznych. Że zaś rozpoznanie za życia jest możebném, dowodem tego przypadek przez prelegenta podany, a przez kol. Poniklę obserwowany, w którym *fibromatosis* z rozrostu tkanki łącznéj otrzewnowéj rozpoznaną być mogła.

W odpowiedzi kol. prof. Browiczowi nadmienia prelegent, że nie przecząc wcale ogólnemu usposobieniu ustrojowemu lecz i owszem uważając takowe jako ważny czynnik etyjologiczny, dla tego większe znaczenie przypisuje bodźcom bezpośrednim, że przy powstawaniu wielu innych spraw chorobowych, bodźce te znakomitą odgrywają rolę, że niektóre choroby w zasadzie ściśle ustrojowe nawet bez wrodzonego tła ustrojowego rozwijają się pod wpływem bodźców zewnętrznych lub wewnętrznych znaczniejszego nasilenia, wreszcie z powodu, że dwie wręcz sobie przeciwne sprawy w tkance łącznéj: rozrostowa i rozpadowa równocześnie u jednego osobnika pojawić się mogą, co zależeć może tylko od przyrody i nasilenia podniety chorobowéj. Zgadzając się w zupełności ze zdaniem kol. Warschauera twierdzi, że niemożność ujęcia dotąd zwyrodnienia włóknistego tkanin jako sprawy ogólnéj w ścisły obraz kliniczny, w obec ważności przedmiotu zachęcić właśnie powinna do tém skrzętniejszych poszukiwań.

5) Członkiem korespondentem Tow. wybrano jednogłośnie kol. Edwarda Brühla.

6) Kol. prof. Korczyński czyni wniosek: aby w imieniu Tow. wniesiono petycyję do Koła polskiego w Wiedniu o poparcie sprawy utworzenia Izb lekarskich z przymusowém należeniem do tychże. Wniosek ten przyjęto wraz z dodatkiem, aby upraszać Tow. lek. galic. o działanie w tym samym kierunku.

7) Tenże wnosi: aby Towarz. zajęło się wykonaniem portretu śp. prof. Kozubowskiego, i aby postarano się o pomieszczenie go w jednéj z sal wykładowych Uniw. Uchwalono.

8) Tenże wnosi: aby Tow. wyraziło kol. Paszkowskiemu życzenia z powodu zupełnego przyjścia do zdrowia po przebytej ciężkiéj chorobie. Uchwalono.

9) Kol. doc. Grabowski jako sprawozdawca Komitetu wnosi: aby Towarzystwo wydawało rocznik z protokołami Tow. i komisyi balneologicznéj. Wniosek przyjęto a wykonanie poruczono wnioskodawcy. (Dok. nastąpi.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Z powodu dosyć częstych przypadków oparzenia a nawet śmierci od nafty przedstawił fizyk miejski Dr. Buszek następujące wnioski zaostrzające nad nią kontrolę, które Magistrat na posiedzeniu w d. 3 bm. odbytém uchwalił bezzwłocznie wprowadzić w życie: 1) Odbywać rewizyje nafty przynajmniéj raz na miesiąc tak w składach, jakoteż i w handlach. 2) Naftę zapalną poniżéj 30°R. smołą opieczętować. 3) Naftę opieczętowaną skonfiskować albo żądać od jéj właściciela złożenia kaucyi takiéj, którąby przynajmniéj równą była jéj wartości. 4) Zwrócić kaucyję dopiero wtedy, jeżeli jéj właściciel okaże poświadczenie ze strony urzędu, np. starostwa, gdzie się destyluje naftę, że rzeczywiście zakwestyjonowaną naftę opieczętowaną pieczęcią Magistratu odebrała destylarnia do przedestylowania. 5) Zarządzić badanie nafty na rogatkach, gdy ją do miasta sprowadzają. 6) Karać znacznemi grzywnami każdego właściciela składu lub handlu nafty, jeżeli komisyja u niego znajdzie naftę zapalną. 7) Podać te zarządzenia Magistratu do wiadomości publicznéj za pomocą dzienników miejscowych i oznajmić publiczności, że może przynosić naftę do zbadania fizykowi miejskiemu.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 17—23 września umarło w Krakowie wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 17,5 (25,2 z. t.). Z płonicy umarło 1 (1 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z czerwonki 6 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach czerwonki. W Londynie zapadło świeżo na ospę 10, umarło 3, leczyło się w szpitalach 84. W Wiedniu umarło z ospy 5, w Granadzie 8, w Budapeszcie 3, w Warszawie 11, w Paryżu 10, w Petersburgu 17, w Madrycie 33. Tyfus brzuszny złagodniał w Paryżu umarło 75, leczyło się w szpitalach 882. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie w większych miastach. Od 27 sierpnia do 3 września zaszedł w Saragosie 1 przypadek cholery, od 19 do 25 sierpnia w Baltimore 1, od 12—19 września w Nowym Orleanie 1, od 29 lipca do 5 sierpnia w Kalkucie 5. Biegunka zabierała mniéj ofiar pomiędzy dziećmi w większych miastach.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 10—16 września umarło wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 25.2; we Lwowie 32,4; w Poznaniu 36,4; w Wiedniu 21,2; w Budapeszcie 27,5; w Pradze 23,7; w Tryjeście 30,2; w Berlinie 26,7; w Wrocławiu 30,2; w Gdańsku 33,9; w Dreźnie 27,3; w Lipsku 20,0; w Mnichowie 22,7; w Bazylei 20,4; w Brukseli 19,5; w Amsterdamie 20,0; w Hadze 22,7; w Paryżu 23,0; w Londynie 17,0; w Kopenhadze 30,0; w Stokholmie 24,4; w Chrystyjanii 17,5; w Petersburgu 30,0; w Odesie 43.4; w Rzymie 19,0; w Wenecyi 26.9; w Bukareszcie 21,8; w Madrycie 40,2; w Lizbonie 27,9; w Nowym Yorku 29,3; w Filadelfii 20,5; w Bombayu 26,6; w Madrasie 31,9. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 4 października. W obec kwestyi ograniczonego przyjmowania chorych do szpitali galicyjskich, tak żywo zajmującéj umysły w kraju, a nad którą i my kilkakrotnie rozwodziliśmy się, przypomina się mimowolnie sprawa „Domu ubogich fundacyi Ludwika i Anny Helclów“ w Krakowie stanąć mającego. Półtrzecia roku mija od dnia śmierci śp. Anny Helclowéj, która dobra Radłowskie, wartości około 1 milijona złr. mające, przeznaczyła na urządzenie w mowie będącego zakładu. Dobra te według postanowienia testatorki miały być sprzedane w przeciągu roku po jéj śmierci, a dotychczas nie tylko nie przystąpiono do budowy gmachu, ale nawet wręcz przeciwnie arcyjasnemu postanowieniu testatorki nie sprzedano jeszcze dóbr Radłowskich, niby to z powodu, „że sprzedaż dóbr milijonowéj wartości nie może nastąpić w pewnym oznaczonym terminie.“ Prawda, że zakład ten przeznaczonym będzie tylko dla ubogich mieszkańców m. Krakowa wyznania katolickiego, tak że już ubogi rekonwalescent lub nieuleczny mieszkaniec Podgórza przyjętym być nie może,—ale wolę testatorki szanować należy, a dobre i to, że przynajmniéj ubodzy katolicy krakowscy z jéj woli znajdą królewskie prawie pomieszczenie. Ale cóż kiedy majątek jest za wielki, aby mógł być sprzedany w ciągu roku, nie zdołano go więc sprzedać i w ciągu $2\frac{1}{2}$ roku, a pytanie, czy kiedykolwiek znajdzie się kupiec. „Należy postępować z wszelką ostrożnością i oględnością, aby dla pośpiechu nie poświęcić dobra fundacyi!“ Nie spieszmy się, niechaj raczéj „niedołęgi“ wyginą, odpowie to zapewne zamiarom fundatorki! Nieporadność swoją usprawiedliwiamy zazwyczaj ubóstwem, brakiem pieniędzy, jakże nazwać tę nieporadność bogaczy, ten prawdziwy *„embarras de richesse?“* A przecież byłby czas, aby raz stanęły w kraju naszym przytuliska, tyle potrzebne dla cierpiących i celem ulżenia szpitalom; jednak rzecz dziwna, we Lwowie go nie ma dla braku w téj mierze funduszów, a w Krakowie nie ma go dla tego, że zbyt dużo jest pieniędzy wyznaczonych na taki zakład.

* **Lwów.** Na posiedzeniu w dniu 30 września odbytém Sejm uchwalił wniosek względem obsadzenia posady prymaryjusza po śp. Szeparowiczu. Jest więc sprawa załatwioną zasadniczo, teraz rozchodzi się o osobę, mającą zająć tę posadę. Nie wątpimy, że Wydział krajowy wkrótce rozpisze konkurs.

Komisyja budżetowa uchwaliła wezwać Wydział krajowy do uzupełnienia normy w sprawie przyjmowania chorych do szpitali, a to w ten sposób, aby przyjmowano także nieulecznie chorych w razie komplikacyi choroby lub zachodzącéj obawy śmier-

ci. Spodziewać się więc należy rozpraw w Sejmie nad sprawą, zajmującą umysły lekarzy i nielekarzy w kraju, a wynikiem tych rozpraw będzie zapewne niejakie złagodzenie uchwały poprzedniéj sejmowéj, którą Wydział krajowy musiał wykonać.

* **Wiedeń**. Posadę prymaryjusza w szpitalu powiatowym w Sechshaus pod Wiedniem otrzymał Dr. Langer, asystent prof. Ducheka i syn prof. anatomii.

* **Berno** morawskie. Prymaryjuszem morawskiego zakładu dla obłąkanych mianowany został Dr. Hrase.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Würzburg.** Na posadę profesora chirurgii po Bergmanie przedstawieni zostali proff. Socin z Bazylei i Maas z Fryburga. — **Lipsk.** Katedrę Erba zająć ma prof. Heubner.

* **Wiadomości osobowe.** Starszymi lekarzami rezerwowymi mianowani zostali: Dr. Czesław Górski w 57 pułku piechoty i Dr. Karol Ritter w szpitalu garnizonowym w Krakowie.

* **Nekrologija.** *Gaz. Lek.* donosi o śmierci lekarza warszawskiego Dra Arnolda Bauerertza, który cierpiąc od dawna na hypochondryję, jak się zdaje, sam sobie życie odebrał, albowiem zwłoki jego znaleziono niedaleko Gracu w rzece Mur.

W Gietyndze umarł w 83 roku życia sławny chemik, prof. Fryderyk Wöhler. Urodzony dnia 31 lipca 1800 r. w Eschersheim pod Frankfurtem n./M. był uczniem Gmelina w Heidelbergu i Berzeliusza w Stokholmie, a od r. 1836 był profesorem w Gietyndze. Do wiekopomnych jego zasług należy odkrycie sztucznego tworzenia mocznika z sinowodoru amonowego (w r. 1828) oraz odkrycie aluminu, berylu i ytru.

W Poděbradach umarł Dr. Bouček, który jako lekarz i obywatel wybitne w Czechach zajmował stanowisko. — W Chalons sur Marne umarł dziekan lekarzy francuskich Dr. Dorin w 94 r. życia; zapisał on miastu rodzinnemu swą biblijotekę i piękny zbiór ornitologiczny.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 39: Korczyńskiego: Uwagi i spostrzeżenia kliniczne. IV. O zwyrodnieniu włóknistém tkanin (c. d.)— Jaworskiego: Doświadczenia nad ilościowém znikaniem roztczynów niektórych soli z żołądka ludzkiego.—W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 39: Heimanna: Przypadek choroby Sartów (wrzodu taszkenckiego); — Wolframa: (z kliniki prof. Korczyńskiego): Zachowanie się ciężaru ciała w chorobach gorączkowych ostrych (c. d.); — Rothego: Otrucie wyskokowe, jego wpływ na rozwój chorób umysłowych (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. ADAMKIEWICZ: Mięsak rdzenia pacierzowego w miejscu wystąpienia splotu barkowego o przebiegu utajonym. (Osobne odbicie z Rozpraw Akad. Umiejętn.) Kraków 1882, in 8vo str. 24.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę d. 11 b. m. w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém 1) kol. Obaliński poda krytyczne uwagi nad dwoma pomyślnemi przypadkami trepanacyi czaszki a 2) kol. Wasylewski opisze dwa przypadki cukrzycy leczone jodoformem.

Sprostowanie. W Nrze 38 na str. 1éj szpalcie 1éj w przypisku (w. 6 i 5 od dołu) zamiast: „Uciskadła elastyczne .... nie są moje“ powinno być: To nie są moje uciskadła elastyczne“.

Do Nru dzisiejszego dołącza się broszurę: Szczawnica. Pismo komitetu administracyjnego dla Szczawnicy.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszém ogłasza się konkurs na posadę asystenta przy Katedrze fizyjologii na lat dwa, mianowicie od 1 listopada 1882 do końca października 1884 roku.

Z posadą tą jest połączona jest płaca rocznych 600 złr. w. a,

Podania należycie poparte wnosić należy najpóźniéj do d. 18 października 1882 na ręce podpisanego.

Kraków 5 października 1882 r.

Rydel
t. r. Dziekan Wydz. lek.

L. 256. Dz. W. l.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze chorób wewnętrznych c. k. Uniwersytetu Jagiellońskiego na na lat dwa licząc od 1 Października 1882 r. Z posadą tą połączona jest płaca roczna 600 złr. w a. tudzież pomieszkanie bezpłatne.

Podania należycie poparte wnosić należy najpóźniéj do 18 października rb. na ręce podpisanego.

Kraków d. 1 października 1882 r.

Rydel
t. r. Dziekan Wydz. lek.

Ogłoszenie.

W myśl rozporządzenia Wys. Ministerstwa spraw wewnętrznych z dnia 18 Września 1875 odbędą się egzamina lekarzy i weterynarzy, przepisane rozporządzeniem Wys. Ministerstwa spraw wewnętrznych z 21 Marca 1873 (dz. u. p. l. 37), w celu uzyskania stałéj posady w publicznéj służbie zdrowia przy władzach administracyjnych, z końcem października rb., a to dla lekarzy w Krakowie, zaś dla weterynarzy we Lwowie.

Prośby o przypuszczenie do tegoż mają być wniesione najdaléj do 15 października rb., do c. k. Namiestnictwa we Lwowie przez dotyczące c. k. Starostwa i zaopatrzone w dowody wymagane §. 7ym względnie 17ym powyżéj powołanego rozporządzenia.

Z Prezydyjum c. k. Namiestnictwa.

We Lwowie dnia 30 Września 1882.

KONKURS.

Niniejszém ogłasza się konkurs na posadę asystenta przy katedrze chirurgii w c. k. Uniwersytecie Jagiellońskim na lat dwa, począwszy od 1 października 1882 r. Z posadą tą połączona jest płaca rocznych 600 złr. w. a. tudzież pomieszkanie bezpłatne.

Podania należycie poparte wnosić należy najpóźniéj do 10 października rb. na ręce podpisanego.

Kraków 27 września 1882 r.

Rydel
t. r. Dziekan Wydz. lek.

KONKURS.

Na posadę lekarza miejskiego z stałemi dochodami rocznie 400 złr. rozpisuje się konkurs do dnia 15 października rb. Panowie życzący sobie kompetować o takową, raczą łaskawie zgłosić się do apteki miejscowéj, zkąd bliższych szczegółów zasięgną.

Gmina miasta Baranowa.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują:
Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ 1¼ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 14 października 1882. № 41. Rok XXI.

I. Krytyczne uwagi nad dwoma pomyślnemi przypadkami trepanacyi czaszki.

Podał
Dr. Alfred Obaliński,
Docent Chirurgii w Uniw. Jagiell. i Prymaryjusz w szpitalu św. Łazarza.

Przebiegając karty historyi w dziale nauki lekarskiéj możemy się przekonać, że trepanacyja znaną już była wprawdzie lekarzom starożytnym, o czém świadczą najwymowniéj liczne w Herkulanum i Pompei wykopane narzędzia trepanacyjne; zawdzięcza ona jednakże dopiero powadze takiego Petita swe ogólne rozszerzenie, które było tak znaczne, że na przełomie z przeszłego do obecnego wieku każde prawie znaczniejsze obrażenie czaszki leczono za pomocą trepanacyi, ba nawet zaniechanie tego rodzaju terapii uważano za uchybienie przeciw prawidłom sztuki lekarskiéj. Można sobie wyobrazić, co się to dziać musiało na kredyt téj sławnéj firmy, nic więc dziwnego, że wkrótce nastąpiła reakcyja. Dessault, Cooper, Richter znacznie uszczuplili wskazania do trepanacyi a po orzeczeniach wydanych przez Dieffenbacha, Malgaigna i Stromeyera operacyja ta należała w początkach tego wieku do białych kruków lekarskich i byłaby do dzisiaj najzupełniéj porzuconą, gdyby prace Brunsa, Sedillota i innych nie były się ostatecznie przyczyniły do ustalenia jéj wskazań.

Już to do podtrzymania trepanacyi przyczyniła się bardzo wiele, tak jak i w innych operacyjach, metoda antyseptyczna, bo ona dopiero usunęła niebezpieczeństwa wynikające z saméj operacyi i pozwoliła chirurgowi trepanować nawet w tych przypadkach, w których dotąd operacyja ta stanowczo była przeciwwskazaną.

Drugim czynnikiem popierającym rozszerzenie wskazań do trepanacyi jest niewątpliwie coraz to obszerniejszy stan wiedzy o budowie i czynnościach mózgu, jako téż i o właściwéj istocie chorób tegoż organu.

Po tych kilku słowach wstępnych, które uważałem za potrzebne celem wyjaśnienia dzisiejszego stanowiska trepanacyi, przystępuję do opisania dwóch moich, już z czasów aseptycznych pochodzącycb, przypadków, w których spodziewam się znaleźć dosyć podstaw do wykazania, że operacyi téj należałoby przywrócić dawne jéj świetne stanowisko, a przytém i do stwierdzenia, że niektóre przez fizyjologów świeżo wykazane zdobycze na polu lokalizacyi czynności mózgowych dadzą się wyzyskać i w celach terapeutycznych.

Lecz przedewszystkiém zapoznajmy się z ich przebiegiem.

1.

Tomasz Gacek, l. 45 liczący, gospodarz z Rabki, podaje, że dn. 23 kwietnia r. b. ugodzony został kamieniem wielkości mniéj więcéj dwóch pięści w głowę a równocześnie bity po głowie wałkiem do ciasta. Oblany krwią, która mu się z rany na głowie puściła, zemdlał a po ocuceniu odwieziono go do domu, gdzie dwa dni w łóżku przepędził wśród znacznego bólu głowy i ciągłego broczenia z rany. Dopiero trzeciego dnia zawieziono go do lekarza, który mu zalecił zimne okłady i spokój. Ból się zmniejszył, rana się powoli zaczęła goić; chory czuł się wprawdzie nieco osłabionym i nie mógł pracować, lecz po izbie chodził a nawet odwiedzał sąsiadów. Dopiero w dwa tygodnie po owym fakcie musiał się znów do łóżka położyć, gdyż go na rękę i na nogę poraziło. Również cierpi od tego czasu na częsty i dosyć znaczny w bliżnie się rozpoczynający ból głowy, który mu odbiera sen i możność myślenia.

Dnia 14go czerwca a więc w 7 tygodni po owém pobiciu przywieziono go do kliniki, gdzie zbadany przedstawiał stan następujący.

Indywiduum dobrze zbudowane i odżywione, wzrostu wysokiego. W narządzie krążenia i oddychania żadnych zboczeń; skóra barwy ziemistéj. Na czaszce budowy symetrycznéj widzimy w połowie szwu strzałkowego na 2cm. ku

stronie lewéj dołek wielkości grochu a głębokości kilka milimetrów, z którego promienisto wychodzą w różnych kierunkach trzy bliznowate smugi, każda długości 2cm. Blizny te mają zabarwienie różowawe, są bolesne przy mocniejszym ucisku, skóra czaszki w tém miejscu nieco przesuwalna. Po stronie prawéj kilka blizn linijkowatych lub kątowatych, drobnych, przesuwalnych i nie bolesnych.

Powieki oka prawego niedomykają się pozostawiając szparę na dwa mm. szeroką. Kąt ust prawy opadły, lewy nieco ku górze pociągnięty. Język nie zbacza.

Ręka prawa bezwładna, lecz ułożona pod kątem prostym w stawie łokciowym a gdy się ją prostuje, wraca napowrót do poprzedniego ułożenia; czucie w niéj prawidłowe.

Odnoga dolna prawa bezwładna, wyprostowana i trudno dająca się zgiąć; czucie w niéj utrzymane; badany szpilką przy oczach zamkniętych lokalizuje ból dokładnie. Odruchy ścięgniste w kolanie i w stopie podwyższone.

Przytomność zupełna; chory myśli wolno, jakby sobie dopiero przypominał. Widzi dobrze nie podwójnie. Słyszy dobrze. Mówi wszystko, lecz niewyraźnie i powoli.

Ma poczucie potrzeby oddawania moczu i kału, chociaż często je oddaje pod siebie, jedynie z powodu trudności porozumienia się z otoczeniem i bezwładności odnóg. Ciepłota ciała nie podwyższona, tętno 80—90 uderzeń na minutę.

Z poprzedzającego przed kilkoma tygodniami urazu w głowę zadanego ciężkim kamieniem, z bólu głowy rozpromieniającego się od największéj z blizn pozostałych po otrzymanych ranach, z porażenia połowiczego na przeciwnéj stronie od owéj blizny i to dopiero w dwa tygodnie po obrażeniu powstałego, musiałem rozpoznawać nadwerężenie mózgu pod ową blizną i to albo w postaci ogniska ropnego lub żółtego postępującego rozmiękczenia mózgu.

Czy ognisko to powstało z prostego stłuczenia mózgu *(contusio cerebri)*, wywołanego spłaszczeniem elastycznéj czaszki, lub też, że mały odszczep pękniętéj blaszki wewnętrznéj przebił osłony mózgowe i dał powód do drażnienia, nie mogłem na pewno rozstrzygnąć, chociaż pierwsze przypuszczenie wydawało mi się prawdopodobniejszém. Na zarzut, dla czego w takim razie nie wystąpiły od początku przypady ogniskowe, odpowiadam, że czy to jedna czy druga zmiana mogła być tak małych rozmiarów, iż nie wywołała początkowo wybitnych objawów ogniskowych, które dopiero wtenczas wystąpiły w całéj pełni, gdy ognisko skutkiem odczynu się powiększyło a nadto przystąpił obrzęk poboczny.

Ocenienie, czy mamy do czynienia z ropniem mózgu lub żółtém rozmiękczeniem, jest niemożebném a z drugiéj strony pod względem rokowania i leczenia małéj wagi, bo obydwie sprawy te prawie jednakową mają doniosłość.

Mając więc rozpoznanie gotowe, wypadało się zastanowić nad leczeniem i ściśle z niém połączoném rokowaniem. Czy to ropień czy żółte rozmiękczenie mogą po dłuższém lub krótszém trwaniu być wessane albo téż postępując w jednym lub drugim kierunku coraz daléj mogą doprowadzić do śmiertelnego zapalenia osłon mózgowych albo do nagłéj śmierci skutkiem zniszczenia ważnych ośrodków mózgowych. Obydwa te wypadki znane są w kazuistyce, chociaż należą do rzadszych; najczęściéj się wydarza, że sprawa dosięga pewnego szczytu i w tym okresie pozostaje.

Uwzględniwszy więc okoliczność, że stan porażenny trwa niezmiennie od pięciu tygodni, że pacyjent czuje się niespokojnym i coraz słabszym, że bóle głowy odbierają mu sen i możność myślenia, miałem słuszny powód do obawy przed najgorszym wypadkiem i dla tego postanowiłem usunąć owe grożące ognisko za pomocą trepanacyi. W przypadkach ropnia mózgu po urazie jest wybór miejsca do przedsięwzięcia trepanacyi łatwym, gdyż sam uraz je wskazuje, chociaż znane są w kazuistyce przypadki ropnia traumatycznego, w których go z otworu trepanacyjnego daremnie szukano a sekcyja przecież jego obecność wykazała. W naszym przypadku nietylko powyższe wskazówki ułatwiały nam oznaczenie miejsca lecz i objawy ogniskowe; mając bowiem przed sobą porażenie połowicze prawéj strony, wnosić należało, że ognisko to zajmuje pola psychomotoryczne w korze mózgowéj po stronie lewéj; a że pola te leżą w okolicy górnego końca bruzdy Rolandowéj, który mniéj więcéj odpowiada połowie przebiegu szwu strzałkowego, przeto blizna powyższa leży odpowiednio do wyrozumowanego położenia przypuszczanego ogniska ropnego. (C. d. n.)

II. Badania doświadczalne nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim.

Wykonał Dr. Walery Jaworski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

B) Badanie pojedyńczych rozczynów solnych wprowadzonych do żołądka.

7. D o ś w i a d c z e n i e g. (Rozczyn $MgSO_4 + Na_2SO_4$).

A) O 7g 44 m. rano na czczo podano do wypicia 500kcm. rozczynu obojętnego przy ciepłocie 17°C. następującego składu ilościowego:

Siarkanu sodowego 5,145gr. czyli 1,0289%
„ magnowego 13,378gr. „ 2,6756 „.

Rozczyn otrzymano w następujący sposób: utworzono z chemicznie czystego MgO i takiegoż NaHC jakotéż chemicznie czystego H_2SO_4 osobno odpowiednie sole i te w ciemnéj czerwoności wyżarzono. Z każdéj z tych soli utworzono osobny rozczyn przez rozpuszczenie przybliżenie odważonych ilości tychże we wodzie przekroplonéj. Rozczyn siarkanu sodowego wydał na 10kcm. 1,690 $BaSO_4$ a 10kcm. rozczynu siarkanu magnowego wydały 1,2798 $Mg_2P_2O_7$, ztąd też skład odsetkowy rozczynów wynosił 10,289% Na_2SO_4 a 13,378% $MgSO_4$. Z powyższego rozczynu siarkanu sodowego wzięto pipetą 50kcm., a ze siarkanu magnowego 100kcm., zmięszano je i dopełniono wodą przekroploną do 500kcm.

B) Po wypiciu rozczynu przechadzała się badana osoba po pracowni do 8g. 1m., kiedy zdołano wyciągnąć za pomocą sondy i pompy aspiracyjnéj do flaszki osuszonéj 405kcm. cieczy mętnawéj, śluzowéj, nieco zielonkowato-żółtéj, oddziaływania obojętnego. Ciecz ta wykazała następujący skład odsetkowy, t. j. na 100kcm. płynu żołądkowego:

Na_2SO_4 = 0,743gr.
$MgSO_4$ = 2,422 „
Chloru { 24kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego, czyli 0,0839gr.Cl.

Te liczby wynikają z następującego rozbioru chemicznego:

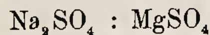
10kcm. przesączonéj cieczy strącone zapomocą $HNa_2PO_4 + NH_4Cl + NH_3$ wydały 0,2240 $Mg_2P_2O_7$ odpowiednio 0,2422 $MgSO_4$ odpowiadające 0,4710 $BaSO_4$;

inne 10kcm. przesączu cieczy żołądkowéj dały strącone za pomocą $HCl + BaCl_2$ 0,593 $BaSO_4$, a odejmując ztąd dla $MgSO_4$ obliczone 0,4710 $BaSO_4$ pozostanie na siarkan sodowy 0,1220 $BaSO_4$ odpowiadającego 0,0743 Na_2SO_4;

jeszcze inne 10kcm. tego samego przesączu, miareczkowane według Mohra dziesiętnonormalnym rozczynem azotanu srebrowego, aż do wystąpienia zabarwienia pomarańczowego zużyły 2,4kcm. tego rozczynu. Rozczyn dziesiętnonormalny $AgNO_3$ według ciężaru krystalicznéj i nieco wyżarzonéj soli wielickiéj, jakotéż według dwurazowego oznaczenia AgCl, odpowiadał na 100kcm. płynu 0,58355 NaCl czyli 0.5396Cl; i tego rozczynu tak w tém jak i przy wszystkich następnych rozbiorach do miareczkowania używano.

C) Porównanie otrzymanych wypadków i wnioski.

Aby się dowiedzieć, czy znikanie obydwu zadanych soli w żołądku jednakowo się odbywa, należy porównać ich stosunek odsetkowy w cieczy zadanéj *A* i żołądkowéj *B*; uskuteczniając to mamy:



$Na_2SO_4 : MgSO_4$

W cieczy zadanéj 1,0289 : 2,6756 = 0,385 β)

" " żołądkowéj 0,743 : 2,422 = 0,306 γ).

Z otrzymanych wykładników tych stosunków okazuje się, że stosunek wzajemny, w jakim sole były w cieczy zadanéj zmięszane, zmienił się, i to zmniejszył się, co ztąd pochodzi, że poprzednik stosunku γ (0,743), czyli ilość odsetkowa Na_2SO_4 względem $MgSO_4$ się zmniejszyła albo ta ostatnia (2,422) tyleż razy się powiększyła, inaczéj mówiąc że rozczyn żołądkowy, porównany z rozczynem zadanym, stał się dla siarkanu sodowego za rozcieńczony czyli dla siarkanu magnowego tyleż razy za zgęszczony. Ponieważ obiedwie sole, będąc w rozczynie, musiałyby odpływając tylko przez odźwiernik opuszczać żołądek w tym stosunku, w jakim są ze sobą zmięszane pierwotnie a przez domięszanie soku żołądkowego również ten stosunek zmienionym być nie może, a więc pod temi dwoma warunkami pozostały w żołądku rozczyn zmiany w stosunku odsetkowym obydwu soli względem siebie okazywaćby nie powinien, czyli wykładniki stosunków β i γ powinnyby pozostać równe, to przyczyna zmiany w zgęszczeniu soli w cieczy żołądkowéj ma inną przyczynę a tą jest większe wessanie siarkanu sodowego przez błonę śluzową żołądka, aniżeli siarkanu magnowego. Za miarę różnicy w wessaniu żołądkowém obydwu soli po upływie 17 minut należy uważać wielkość zmiany, jaka zaszła w stosunku zgęszczenia soli w cieczy żołądkowéj. A zmianę tę mierzyć będzie współczynnik α, którym trzeba pomnożyć stosunek γ, aby otrzymać pierwotny β; a ponieważ stosunek γ zmienił się w skutek zmniejszenia zawartości odsetkowéj Na_2SO_4, dla tego trzeba tę zawartość, t. j. 0,743 pomnożyć, np. przez α, czyli tyle razy zmniejszoną zawartość odsetkową siarkanu sodowego powiększyć, ile razy taż w rozczynie żołądkowym przez wessanie względem siarkanu magnowego się pomniejszyła, wtenczas można obydwa stosunki β, γ jako sobie równe zestawić i jak wykazano w ogólnym wzorze I. napisać:

$$0{,}743\alpha : 2{,}422 = 0{,}385 \text{ a ztąd współczynnik}$$

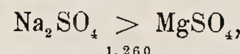
$$\alpha = 0{,}385 \frac{2{,}422}{0{,}743} = \frac{0{,}385}{0{,}306} = 1{,}260,$$

która to liczba wykazuje, ile razy stosunek γ zmienił się od pierwotnego β w skutek większego ubytku odsetkowego siarkanu sodowego względem siarkanu magnowego, dla tego jest zamiennikiem stosunku γ na β, a oraz oznacza, ile razy zawartość odsetkowa siarkanu sodowego względem siarkanu magnowego się pomniejszyła; ztąd też stosunek γ, mając wzgląd na pierwotny stosunek β, można zgodnie z ogólnym wzorem III. napisać:



$$Na_2SO_4 \underset{1.260}{<} : MgSO_4$$

co czytać należy: zawartość odsetkowa siarkanu sodowego zmniejszyła się w cieczy żołądkowéj względem siarkanu magnowego 1,260 razy; i trzeba dopiero pomnożyć ilość odsetkową Na_2SO_4 (0,743) przez 1,260 lub dzielić $MgSO_4$ (2,422) przez tęż liczbę, aby otrzymać stosunek mięszaniny soli (0,385) w rozczynie zadanym. Chcąc wreszcie wyrazić przyczynę téj zmiany w mięszaninie soli rozczynu żołądkowego wyrazem matematycznym, to musimy na podstawie wnioskowania, że im mniejsza zawartość odsetkowa siarkanu sodowego względem siarkanu magnowego w żołądku znalezioną została, tém więcéj został on wessany napisać stosownie do ogólnego wzoru IV



$$Na_2SO_4 \underset{1.260}{>} MgSO_4,$$

który to wyraz ma oznaczać, że zawartość odsetkowa wessanego siarkanu magnowego przy warunkach doświadczenia jest większą niż siarkanu magnowego, a do ocenienia różnicy w wessaniu obydwu soli służy współczynnik 1,260; im więcéj on się różni od jedności, tém większa jest różnica między wessaniem siarkanu sodowego a magnowego. A jeżeliby znaleziono α równe jedności lub jéj bardzo blizkie, to znaczyłoby, że obydwie sole doznają w żołądku jednakowego wessania, albo wcale nie bywają wessane, albo wreszcie są według swych współczynników wessania żołądkowego w rozczynie zmięszane, co gdyby można utrafić, umożliwiłoby wyrażenie wessalności obydwu soli stałemi liczbami, czyli otrzymanie stałego współczynnika wessania żołądkowego dla nich. Mając ostatecznie na względzie własność tylko jako taką samego wessania siarkanu sodowego a magnowego, przychodzimy do ogólnego wniosku:



$$Na_2SO_4 > MgSO_4,$$

t. j. wessalność siarkanu sodowego w żołądku jest większą niż siarkanu magnowego. Objaśniwszy bliżéj na tém doświadczeniu ogólne uwagi, jakie w pierwszéj części téj pracy wypowiedziane zostały, mogę już ograniczyć się w następnych doświadczeniach do zwięźlejszego streszczenia przedstawienia porównań i wyników, gdyż one według tych samych przewodnich myśli ułożone zostały. (C. d. n.)

III. O wycinaniu odźwiernika.

Wyklad kliniczny.

Podał **Dr. Rydygier.**

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

Dodatek I.

Zestawienie dotychczas ogłoszonych i znanych przypadków wycięcia odźwiernika.

1) J. Péan (*Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen et du bassin.* Paris 1880 str. 517—524.)—Mężczyzna, wiek niepodany.— Operowany 9 kwietnia 1879. — Wskazanie: Rak odźwiernika przechodzący na śródjelicie przyokrężne (*Mesocolon*) w postaci małych, nieregularnych płatków.— Cięcie w smudze białéj 5 palców poprzecznych powyżéj i poniżéj pępka okalając go na lewą stronę.—Zamknięcie światła: przez uniesienie przeciętych końców w górę, asystenci zapobiegali wypływowi treści żołądkowéj. Nadto nakłuto trójgrańcem żołądek i wyciśnięto treść. — Rak odźwiernika był długi 6 cm. a 4 cm. szeroki. Guz w śród-

jeliciu przyokrężném był wielkości: *Macaron de grosseur ordinaire.*—Sposób wyrównania różnicy świateł nie podany dokładnie „*autant que possible.*“ Podaje tylko P., że ta część operacyi największą mu sprawiła trudność.— Liczba szwów nie podana. Część szwów na wewnątrz światła zakładał i wiązał, drugą część na zewnątrz zachwytując równocześnie sieć. Zawsze uważano na to, żeby powierzchnie otrzewnowe do siebie zwrócone były. — Szyto katgutem. — Operacyja trwała $2^1/_2$ godziny.—Przebieg i zakończenie: Podawano lewatywy pożywcze przez pierwsze dwa dni. Wieczorem 3go i 4go dnia przetoczenie krwi. Śmierć 5 dnia z zapadu sił, kiedy robiono przygotowania do 3 przetoczenia krwi. Badania zwłok krewni nie dozwolili.

2) Rydygier (Przegląd Lekarski Nr. 50, 1880 r. i *Dt. Zeitschrift f. Chirurgie,* tom XIV, 3 i 4 zeszyt)—mężczyzna l. $64^3/_4$ licz.—Operowany 16 listopada 1880 r. — Wskazanie: Rak odźwiernika *(Scirrhus).* — Cięcie brzuszne w smudze białéj od wyrostka mieczykowatego do pępka.— Zamknięcie światła za pomocą moich uciskadeł elastycznych. — Guz 5 cm. długi, a $3^1/_2$ szeroki. Zarazem wycięto 2 gruczoły z wielkiéj a 1 z małéj sieci. — Sposób wyrównania różnicy świateł: przez wycięcie trójkąta z wielkiéj krzywizny, tak że linija przecięcia przebiegała skośno-kątowato od prawéj strony i góry ku lewéj i dołowi. Dwunastnicę przyszyto do małéj krzywizny.—Około 12 szwów zwężających, 43 szwów łączących i 5 błony śluzowéj. Dwurzędowy szew Czernego, a wewnątrz jeszcze szew błony śluzowéj.—Szyto katgutem.— Operacyja trwała z chloroformowaniem około 4 godzin. — Przebieg i zakończenie: Kamforę podskórnie; wewnętrznie podawano nastój makowcowy; wino; lewatywy pożywcze z peptonu Adamkiewicza; w nocy morfin podskórnie; w 12 godzin po operacyi śmierć z zapadu sił. Badanie zwłok: Wszystkie rakowate części wycięte; nie ma przerzutów; nie ma objawów zapalenia otrzewny.

3) Billroth (*Wien. med. Wochenschrift* Nr. 1 i Wölfler: *Ueber die vom Herrn Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcinomatösen Pylorus.* Wien 1881; daléj *Wien. med. Wochenschrift* 1881, Nr. 11 i 22, 1882 Nr. 14.) — kobieta l. 43.—Operowana 29 stycznia 1881.—Wskazanie: Rak dołkowaty odźwiernika. — Cięcie poprzecznie po nad guzem od prawéj strony i dołu ku lewéj i górze powyżéj pępka 11 cm. długie. — Zamknięcie światła: przez uniesienie, podłożenie kompres i gąbek daléj przez sposób, jakiego użyto do przecięcia i zeszycia zapobiegano wypływowi treści żołądka.—Wycięto 14 cm. przy wielkiéj krzywiźnie, a 10 cm. przy małéj. Światło ledwo przepuszcza zgłębnik Brunsa. Gruczoł wielkości orzecha laskowego i 2 guziczki małe oraz *lig. gastrocolicum* razem z guzem odźw. wycięto.— Sposób wyrównania różnicy świateł: przez skośne cięcie od góry i prawéj strony ku dołowi i lewéj. Dwunastnicę przyszyto do małéj krzywizny.—21 szwów zwężających, 30 szwów łączących częściowo głęboko założonych, częściowo powierzchownie. — Szyto jedwabiem. — Operacyja trwała $1^1/_2$ godziny. —Przebieg pomyślny: Ciepłota od 15 dnia prawidłowa, tylko 3 razy dochodziła do 39,0. Początkowo żywiono operowaną zsiadłém i słodkiém mlekiem, czasem podawano lód, potém kawę, kakao, herbatę, żywiono ją winem, jajami, biszkoptami i szynką; 20 dnia sznycel. Chora odleżała się. Po 22 dniach wypuszczono ją z kliniki wyleczoną. Recydywa ledwo w 4 miesiące po operacyi.

4) Billroth (tamże).—Kobieta l. 39.—Operowana 28 lutego 1881.— Wskazanie: Rak nabłonkowy odźwiernika.— Cięcie poprzecznie po nad guzem od prawéj strony i góry ku lewéj i dołowi powyżéj pępka 12 cm. długie. Lewy m. prosty przecięto.—Zamknięcie światła w ten sam sposób jak powyżéj; dodano tylko wypłókanie letnią wodą i wytarcie gąbkami.—Długość wyciętego kawałka 10 cm. przy wielkiéj krzywiźnie, a 5 przy małéj. Światło przepuszcza koniec palca. Rak na powierzchni owrzodziały. — Różnicę świateł wyrównano przez utworzenie znacznéj wstawki u dołu. Dwunastnicę przyszyto do małéj krzywizny.—Założono 28 głębokich i powierzchownych szwów zwężających i 30 szwów łączących.—Szyto jedwabiem.—Operacyja trwała $2^3/_4$ godziny.— Przebieg i zakończenie: początkowo przebieg pomyślny; późniéj w skutek torby u dołu i zagięcia w miejscu połączenia żołądka z dwunastnicą zatrzymanie potraw, wymioty i śmierć z wycieńczenia sił 8go dnia po operacyi mimo rozprucia szwów i założenia przetoki dwunastnicowéj.

5) Billroth (tamże). — Kobieta lat 38. — Operowana 12 marca 1881 — Wskazanie: Rak rdzeniowaty odźwiernika. — Cięcie: Dwa palce poprzeczne powyżéj pępka 12 cm. długie poprzecznie po nad guzem.—Zamknięcie światła jak w poprzednich przypadkach.—Długość wyciętego kawałka 12 cm. przy wielkiéj krzywiźnie, a 5 cm. przy małéj. Odźwiernik przepuszcza koniec palca. Zrosty z trzustką.—Sposób wyrównania różnicy świateł: Przez skośne cięcie od lewéj strony i góry ku prawéj i dołowi i szew zwężający. Dwunastnicę przyszyto do wielkiéj krzywizny. — 36 szwów łączących i zwężających; tylny rząd szwów łączących na wewnątrz wiązano i 3 zupełnie cienkie szwy błony śluzowéj dodano.— Szyto jedwabiem.—Operacyja trwała $2^1/_2$ godziny.—Przebieg i zakończenie: Zapad podczas operacyi; śmierć tegoż dnia o 10 godz. wieczorem z upadku sił. Badanie zwłok: Przy głowie trzustki i w małéj sieci znaleziono gruczoły rakowate pozostawione.

6) Nicolaysen (*Nordiskt medicinískt Arkiv* tom XIII Nr. 27).—Kobieta l. 37.—Operowana 17 marca 1881.— Wskazanie: Rak odźwiernika (*Cylinderepithelialcarcinom*). —Cięcie poprzeczne równoległe do prawego brzegu żeber, 3—4 cm. poniżéj, 10 cm. długie.—Zamknięcie światła przez podniesienie z jamy brzusznéj i założenie szwu zwężającego; wyczyszczenie wnętrza żołądka; wypływ płynu żółciowego podczas operacyi z dwunastnicy.—9 cm. długi guz. W wielkiéj sieci nabrzękłe gruczoły. — Sposób wyrównania różnicy świateł: Założenie szwu zwężającego od dołu i przyszycie dwunastnicy do małéj krzywizny. — Liczba szwów niepodana. *Invaginatio* podług Joberta. Szwy częściowo przeszywały całą grubość ściany, częściowo tylko surowiczą i mięsną warstwę. Szyto katgutem.—Przebieg i zakończenie: Upadek sił. Chora nie zatrzymuje lewatyw. Śmierć w $15^1/_2$ godz. po operacyi. Badanie zwłok: Żółciowy płyn na dwunastnicy; pomiędzy szwami można wycisnąć kilka kropli; mimo to podaje N. jako przyczynę śmierci upadek sił. Przerzutów nie znaleziono.

7) Bardenheuer (*Die Drainirung der Peritonealhöhle.* Stuttgart u Enkego). — Kobieta l. 54. — Operowana 18 marca 1881.—Wskazanie: Rak odźwiernika.—Cięcie brzuszne 2 cale poniżéj prawego brzegu żeber równolegle do tegoż, 8 cali długie. — Zamknięcie światła: dwunastnicę zamknięto tymczasową podwiązką; na żołądek założono 2 pętle, za które go uniesiono i podsunięto kompresy z gazy tymolowéj.—Długość wyciętego kawałka niepodana. Rak przechodzi na przednią ścianę żołądka i sięga aż do okrężnicy poprzecznéj, zrośnięty z trzustką i dwunastnicą.—Sposób wy-

równania różnicy świateł przez naciąganie za pętle i założenie szwu zwężającego od góry. Dwunastnicę przyszyto do wielkiéj krzywizny. — Liczba szwów niepodana. Szwy Lemberta i szwy chwytające tylko otrzewnę. — Szyto jedwabiem. — Operacyja trwała godzinę.—Przebieg i zakończenie: Początkowo przebieg pomyślny. Nagle po 20 godzinach brak powietrza; wymioty krwawe. Śmierć w 26 godzin po operacyi. Badanie zwłok: Nie ma objawów zapalenia otrzewny; krew w żołądku.

8) Wölfler (*Ueber die vom Herrn Prof. Billroth ausgeführten Resectionen des carcin. Pylorus* i *Wien. med. Woch.* 1882, Nr. 14).—Kobieta l. 52.—Operowana 8 kwietnia 1881.— Wskazanie: Rak odźwiernika (dolkowaty). — Cięcie poprzeczne po nad pępkiem. Zamknięcie światła niepodane. Wyczyszczenie wnętrza żołądka. — Długość wyciętego kawałka 12 cm. po stronie wielkiéj krzywizny.—Różnicę świateł wyrównano przez skośne przecięcie żołądka od małéj krzywizny i lewéj strony ku prawéj, przyszycie dwunastnicy do wielkiéj krzywizny. — 10 szwów zwężających; 14 wewnętrznych i 16 zewnętrznych szwów łączących. — Szyto jedwabiem.— Przebieg i zakończenie: Zupełnie pomyślny przebieg. Wyleczenie trwa jeszcze po roku.

9) Berns (*Weckbl. von het-nederl. Tijdschrift v. Geneeskunde* 1881, Nr. 21, ref. w *Wien. med. Woch.* 1881, Nr. 50). Kobieta l. 49.—Operowana w kwietniu 1881. — Wskazanie: Rak odźwiernika. — Cięcie brzuszne od wyrostka mieczykowatego do pępka.—Zamknięcie światła: po nacięciu przedniéj ściany i wypłukaniu żołądka założenie kleszczyków. — Długość wyciętego kawałka niepodana. Guz z przyrządami za nim położonemi zrośnięty. Trzustkę odwiązano, żyła główna na 10 cm. obnażona.— Dwunastnicę przyszyto do wielkiéj krzywizny.—Więcéj niż 100 szwów Czernego. — Śmierć w 4 godz. po operacyi. Badanie zwłok: Szwy dobrze trzymają.

10) Jurié (*Wien. med. Woch.* Nr. 23, 1881). —Wiek i płeć niepodane.—Operowano w początku maja 1881.—Wskazanie: Rak odźwiernika. — Przebieg i zakończenie: Śmierć. Zdawało się przy badaniu, że guz jest poruszalny; dopiero po otworzeniu jamy brzusznéj i oddzieleniu go okazało się, że dwunastnica za mało jest przesuwalną; żołądek można było połączyć z dwunastnicą dopiero po oddzieleniu trzustki.

11) Czerny (łaskawe listowne doniesienie i *Lgbcka Arch. für kl. Chir.* tom 27, zeszyt IV).—Mężczyzna l. 28.— Operowany 21 czerwca 1881. — Wskazanie: Rak odźwiernika małodołkowaty.—W smudze białéj 10 cm. długie cięcie, 6 cm. po nad pępkiem 4 cm. poniżéj.—Żadnego zamknięcia światła. Położenie ciepłych kompres tymolowych i przecięcie żołądka w dwóch odstępach i natychmiastowe założenie szwu zwężającego.— Długość wyciętego kawałka przy małéj krzywiźnie 9,5, przy wielkiéj 5 cm. Na jedném miejscu w linii przecięcia naciek. W małéj sieci pozostały 2 guziczki, które podczas operacyi się wymknęły. — Cięcie skośne od lewéj strony i góry ku prawéj i dołowi. Szew zwężający z góry. Dwunastnicę przyszyto do wielkiéj krzywizny. — 12 szwów zwężających, 6 wewnętrznych i 34 zewnętrznych szwów Czernego.—Szyto jedwabiem.— Operacyja trwała $1\frac{1}{4}$ godziny.— Przebieg pomyślny. 7go dnia po operacyi obfity stolec. W 5 tygodni po operacyi wypuszczono chorego jako wyleczonego. W końcu stycznia 1882 nie było recydywy.

12) Lücke (*Ledderhose w Dt. Zeitschrift f. Chirurgie*). Mężczyzna l. 33.—Operowany 27 czerwca 1881.—Wskazanie: Rak odźwiernika (*Scirrhus*). — Cięcie w smudze białéj $8\frac{1}{2}$ cm. długie, nadto $5\frac{1}{2}$ cm. cięcie poprzeczne ku prawéj stronie w środku cięcia podłużnego. — Zamknięcie światła kleszczykami o równoległych ramionach, które pociągnięto wężykami gumowemi. — Długość wyciętego kawałka 10 i $5\frac{1}{2}$ cm., przepuszcza palec, zrosty z trzustką. — Szew zwężający od góry. Dwunastnicę przyszyto do wielkiéj krzywizny. Pozostało za mało światła żołądka tak, że trzeba było kilka szwów zwężających zdjąć, a mimo to nadstawało ściany dwunastnicy, dla tego zrobiono tamże kilka zakładek.—11 szwów zwężających, 26 szwów łączących, z tych tylne były od wewnątrz zakładane.—Szyto jedwabiem.—Operacyja trwała $1\frac{1}{4}$ godziny.—Przebieg i zakończenie: Śmierć w 10 godzin po operacyi z wytwarzającego się zapalenia otrzewny i słabości serca. Badanie zwłok: 2 małe otwory w linii szwu jeden tam, gdzie 3 linije się schodzą. Głowa trzustki niemal zupełnie oddzielona od ogona, tam żyła główna obnażona. Małe rakowate miejsca w gruczołach po za trzustką.

13) Kitajewsky (*Medicinsk. Obosrenije* 1881 r. ref. w *Centr. f. Chir.* 1881, Nr. 49).—Mężczyzna l. 52. — Operowany 16 lipca 1881.—Wskazanie: Rak odźwiernika.—Cięcie poprzeczne 4cm. poniżéj pępka $12\frac{1}{2}$cm. długie.—Zamknięcie światła za pomocą szwu zwężającego. Po otworzeniu żołądka wielka ilość z niego wypłynęła, ale nic do jamy brzusznéj. Na dwunastnicę założono 2 tymczasowe podwiązki. Długość wyciętego kawałka 9 cm. przy wielkiéj krzywiźnie, a 10 przy małéj, na któréj rak dość znacznie się rozszerza.— Sposób wyrównania różnicy świateł przez zmniejszenie światła żołądkowego u góry i przez skośne przecięcie dwunastnicy.—33 szwów zwężających, 32 szwów łączących podług Lemberta; na tylnéj ścianie od wewnątrz szwy zakładano.—Szyto jedwabiem.—Przebieg i zakończenie: Śmierć w 6 godzin po operacyi. Badanie zwłok: postać żołądka dobra; szew łączący dobrze trzyma, nie tak dobrze szwy zwężające. Nie ma przerzutów.

14) Weinlechner (*Eder, Aerztlicher Bericht der Privatheilanstalt vom J.* 1881, ref. w *Centr. f. Chir.* 1882 Nr. 21). Mężczyzna l. 47.—Operowany 18 sierpnia 1881.—Wskazanie: Rak odźwiernika. — Długość wyciętego kawałka niepodana. Bardzo wielki guz zrośnięty z trzustką i lewym płatem wątroby.—Operacyja trwała 5 godzin.—Przebieg i zakończenie: Śmierć w 5 godzin po operacyi.

15) Billroth (*Wölfler w Wien. med. Wochenschrift* 1881. Nr. 51 i 1882 Nr. 14).—Kobieta l. 36.—Operowana 23 października 1881. — Wskazanie: Rak odźwiernika. — Cięcie poprzeczne o 2 palce poprzeczne po nad pępkiem 14cm. długie. — Na dwunastnicę założono tymczasową podwiązkę, na żołądku postępowano w ten sam sposób, jak w pierwszych przypadkach. Przed zupełném przecięciem dwunastnicy założono 2 szwy wewnętrzne.—Długość wyciętego kawałka niepodana. Guz wielkości orzecha włoskiego. 3 wycięte gruczoły, pokazało się przy późniejszém badaniu, że nie były rakowate.—Cięcie skośne z lewéj strony i góry ku prawéj i dołowi; u góry szwy zwężające; dwunastnicę przyszyto do wielkiej krzywizny. — 11 szwów zwężających, 26 szwów łączących, z których tylne były wewnętrzne.—Szyto jedwabiem.— Operacyja trwała $1\frac{1}{2}$ godziny.—Przebieg bardzo pomyślny. Wyzdrowienie. 6 miesięcy późniéj nie ma recydywy.

16) Billroth (*A. Eder, Aerztlicher Bericht der Privatheilanstalt vom J.* 1881, ref. w *Centr. f. Chir.* 1882, Nr. 21). Mężczyzna l. 34.— Operowany 5 listopada 1881. — Wskazanie: Rak odźwiernika. — Długość wyciętego kawałka niepodana. Oddzielenie guza blizko śródjelicia przyokrężnego.

Wycięcie zrośniętéj głowy trzustki, przyczém wypłynęło cokolwiek soku trzustkowego do jamy brzusznéj. — Przebieg i zakończenie: Śmierć zrana dnia trzeciego z upadku sił obok nie bardzo rozwiniętego zapalenia otrzewny.

17) Bardenheuer (łaskawe listowne doniesienie). — Wskazanie: Rak odźwiernika.—Cięcie poprzeczne.—Przebieg i zakończenie: Śmierć 8go dnia po operacyi w skutek miejscowego zapalenia otrzewny naokoło cięcia poprzecznego. Szew żołądka bardzo dobrze trzymał.

18) Bardenheuer (łaskawe listowne doniesienie)— Wskazanie: Rak odźwiernika.—Długość wyciętego kawałka niepodana. Zrosty z trzustką, któréj przewód przecięto.— Przebieg i zakończenie: Śmierć 2 dnia po operacyi.

19) Gussenbauer (doniesienie na XI Zjeździe chirurgów w Berlinie).—Dzień i miesiąc operacyi niepodany, r. 1881.—Wskazanie: Rak odźwiernika.—Długość wyciętego kawałka niepodana. Zrosty z trzustką. Kilka gruczołów musiano téż wyciąć.—Operacyja trwała 2 godziny.—Przebieg i zakończenie: Śmierć w skutek upadku sił w 16 godzin po operacyi.

20) Langenbeck (tamże). — Wskazanie: Rak odźwiernika.—Długość wyciętego kawałka niepodana. Zrosty z trzustką.—Przebieg i zakończenie: Śmierć w skutek upadku sił wkrótce po operacyi.

21) Hahn (łaskawe listowne doniesienie i doniesienie na Zjeździe chirurgów w Berlinie).—Kobieta l. 63. — Operowana 19 maja 1882.—Wskazanie: Rak odźwiernika.—Cięcie poprzecznie poniżéj pępka po nad guzem na lewéj stronie od smugi białéj. — Długość wyciętego kawałka 11 cm. przy wielkiéj krzywiźnie, 8 cm. przy małéj. Zrostów z trzustką nie było. — Wyrównanie różnicy świateł przez szew zwężający u góry. Dwunastnicę przyszyto do małéj krzywizny.— 15 szwów zwężających, 25 łączących; szew Lemberta.— Szyto cienkim odwietrzonym jedwabiem. — Operacyja trwała $1\frac{1}{4}$ godziny. — Przebieg początkowo pomyślny. 9go dnia śmierć niespodzianie z zapalenia otrzewny z przedziurawienia. Badanie zwłok: Zupełnie świeże zapalenie otrzewny z przedziurawienia; szew łączący rozszedł się na 2—3 cm. Palące się gazy w jamie brzusznéj, wielka ilość kału w okrężnicy poprzecznéj. (Dok. nast.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Beiträge zur Biologie als Festgabe dem Anatomen und Physiologen Th. L. W. von Bischoff zum 50-jährigen medizinischen Doctorjubiläum gewidmet von seinen Schülern. Stuttgart. 1882, 349, str. 13, t. 8 drzeworyt.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

Prof. Ruedinger (w Monachijum): Przyczynek do anatomii ośrodka mowy. Na początku rozprawy powiada autor: „jeżeli jest prawdziwém zdanie, że pośród stosunków normalnych stopień rozwoju jakiegoś narządu stoi w stosunku prostym do jego czynności, to w takim razie jeżeli np. jest rzeczą dowiedzioną, że ośrodek mowy ma siedlisko w 3cim zwoju czołowym, muszą zachodzić pewne różnice anatomiczne w tym ośrodku, stosownie do stopnia rozwoju duchowego indywiduum, w którym się ten ośrodek znajduje“. Z téj zasady wychodząc badał autor anatomicznie 3ci zwój czołowy małp, u ludzi prawidłowych, mężczyzn, kobiet, u różnych ras, u ludzi różnych usposobień, wreszcie u głuchoniemych. U małp niższych znalazł autor dwa tylko zwoje czołowe wykształcone, trzeci zaś jest tylko szczątkowym. Primaty posiadają już 3ci zwój, choć jeszcze nie zupełnie rozwinięty. Zwoje drugorzędne są widoczne w rowku Sylwijusza a wyspa ma 3 promienisto ustawione wyniosłości. U mikrocefalów (4 przypadki) znaleziono tylko szczątkowy zwój trzeci, (dzieci — najstarsze miało lat ośm — nie nauczyły się mówić). U Hotentotki zwój trzeci był bardzo mało rozwinięty. U murzyna był on również mało rozwiniętym (choć murzyn ten umiał po niemiecku). Badania 8 mózgów Turkosów, jakotéż badania 11 mózgów żydowskich nie wykazywały żadnych szczególniejszych właściwości plemiennych. Liczne badania mózgów męzkich i kobiecych Europejczyków wykazywały różnice co do kształtu trzeciego zwoju. Różnice te były indywidualnemi i zdawały się już do pewnego stopnia występować w mózgach noworodków, w późniejszym wieku ulegając zmianie tylko raczéj skutkiem rozrostu. U kobiety jest 3ci zwój mniejszym i prostszym niż u mężczyzny. U dwóch mężczyzn nader wymownych i bardzo zdolnych znaleziono 3ci zwój po stronie lewéj o wiele wydatniejszy, o wiele więcéj rozwinięty niż po stronie prawéj. Dodać tu należy, że obaj ci ludzie posługiwali się prawą ręką i nie byli majkutami. U Buhla, znanego profesora anatomii patologicznéj w Monachijum, był trzeci zwój czołowy po stronie prawéj mocniéj rozwinięty niż po stronie lewéj (Buhl był do pewnego stopnia majkutem). W ogóle mózgi ludzi zdolnych umysłowo, pracujących głównie naukowo, zwój 3ci okazują mocniéj rozwinięty po stronie lewéj niż prawéj, u ludzi zaś stojących na nizkim stopniu rozwoju umysłowego zwoje 3cie były po obu stronach jednakowo rozwinięte. U głuchoniemych 3ci zwój czołowy lewy jest bezwarunkowo małym, prawy również małym, lub cośkolwiek większym.

Z tego wszystkiego zdaje się wynikać, że część boczna mózgu czołowego, względnie zwój Broki na *Gyr. opercul.* stoi w pewnym związku z władzą mowy. Dowód pewny, pozytywny, że ośrodek mowy ludzkiéj leży w *Gyr. front. tert. sinister*, mógłby być dostarczony tylko przez doświadczenie. Gdyby 3ci zwój miał także inne znaczenie fizyjologiczne, np. dla nerwów ruchowych lub czuciowych, toby powinien być zarówno dobrze rozwiniętym u małp i mikrocefalów, u których przecie nie znajduje się żadnych zboczeń w sferze czucia i ruchów. (str. 135—191).

Prof. R. Bonnet (Monachium). Mleko maciczne (*Uterusmilch*) i znaczenie jego dla płodu. Badania robiono na owcach. Wkrótce po odkryciu gruczołów macicznych przez Malpighiego coraz więcéj wyłaniało się zapatrywanie fizyjologów, że wydzielina tych gruczołów musi wywierać pewien korzystny wpływ na rozwijający się płód. Skoro Haller wykazał, że u odżuwaczy a i u innych ssaków nie ma bezpośredniéj wymiany krwi między matką a płodem, nazwa „mleka macicznego“ dla płynu podobnego do mleka, znajdującego się w ciężarnéj macicy zwierząt odżuwających, coraz bardziéj się ucierała (zresztą nazwy téj używał już Arystoteles i wielu innych po nim). Badanie chemiczne tego płynu u krów i owiec wykazywało sole nieorganiczne, białko, tłuszcz, sole organiczne i wreszcie produkta rozpadowe ciał białkowatych (ksantyn, kreatyn, kreatynin), oddziaływanie słabo-kwaśne lub alkaliczne, gęstość śmietanki. Badanie drobnowidowe wykazało: komórki przybłonky wałeczkowatego, komórki okrągłe z licznemi jądrami, wolne jądra komórkowe i krople tłuszczu. — Autor na podstawie swoich badań jest zdania, że mniemanie, jakoby płyn ten służył do odżywienia płodu jest bardzo prawdopodobném;

krwotok, występujący u kobiet jako menstruacyja, u samic ssaków w czasie grzania się, należy, zdaniem autora, uważać jako przygotowanie materyjału odżywczego dla płodu. W czasie krwotoku tego występuje z naczyń macicy wiele ciałek białych i komórek tłuszczowych. W końcu przytacza autor zdanie Aristotelesowo-Rauberowskie, że rozpadające się ciałka białe przy utrzymanych komórkach przybłonka gruczołu mlecznego, stanowią główny materyjał do tworzenia się mleka, że one stanowią pierwszy pokarm dla rozwijającego się jaja, a następnie dla płodu po jego urodzeniu. Skoro bowiem płód zostanie już wydalonym z łona matki, to wtedy wszystkie ciałka białe krwi zwracają się ku gruczołowi mlecznemu i stanowią podstawę do wytworzenia się mleka (str. 221 do 261). (Dok. nast.)

W. Finkenstein: **Przyczynek do bezkrwawego leczenia uwięźnięcia przepuklin.**

W roku 1873 wezwany został Dr. F. do 70-letniego wyrobnika, który od kilku godzin cierpiał na uwięźnięcie przepukliny pachwinowéj. Gdy kilkakrotne usiłowania odprowadzenia uwięźniętéj przepukliny nie doprowadziły do pożądanego celu, przedstawił Dr. F. choremu konieczność krwawéj operacyi.

Chory jednak nie chciał na to pozwolić, prosząc tylko o jaki środek kojący bóle i zdając resztę na wolę Boga. Dr. F. więc przepisał choremu jedynie *solatii causa* następujący lek:

Rp. Olei Hyoscyami 10·00
Aetheris sulf. 60·00
Extr. Belladonnae 1·50.

polecając polewać co kwadrans nieco tego płynu na przepuklinę. W godzinę potém odwiedził F. pacyjenta, lecz jakież było jego zdziwienie, gdy go tenże powitał słowy: Bogu dzięki, wszystko dobrze; już po trzeciém polaniu przepukliny przepisaném lekarstwem jelito samo cofnęło się do brzucha.

Przypadek ten skłonił Dr. F. do próbowania polewań eterem także w innych razach uwięźnięcia przepuklin i doświadczenia te doprowadziły go do następujących wyników. Z pomiędzy 63 leczonych przez niego przepuklin w 5 przypadkach udało mu się odprowadzić wypadnięte jelito bez żadnych przygotowań. W pozostałych 58 przypadkach używał po poprzedniém próbowaniu *taxis* polewania eterem i u 54 z tych chorych uwięźnięte jelito albo samo cofnęło się do jamy brzusznéj lub téż do odprowadzenia go wystarczyło lekkie pociśnięcie ręką. U 4 pozostałych chorych z zastarzałą przepukliną polewanie eteru nie odniosło skutku, dwóch z nich umarło po uskutecznionéj herniotomii. Opierając się na tych doświadczeniach poleca Dr. F. polewanie uwięźniętych przepuklin czystym eterem lub w celu zmniejszenia pieczenia na skórze z dodatkiem *olei hyoscyami* (20 gr. na 100 gr. eteru), w ilości mniéj więcéj 2 łyżek stołowych co kwadrans. Działanie tego środka tłumaczy F. w następujący sposób: Eter jest w stanie znieść kurcz mięśni, jeżeliby tenże w danym przypadku był powodem zaciśnięcia jelita. Zimno wywiązujące się przez szybkie ulatnianie się eteru sprawia zmniejszenie objętości gazów zawartych w uwięźniętéj pętli, a nadto wywołuje silne ruchy robaczkowe jelita, które mogą daleko łatwiéj sprowadzić wydalenie treści z pętli, a zatém i zniesienie uwięźnięcia, niż to jesteśmy w stanie wykonać przez gniecenie i różne ruchy używane przy odprowadzaniu uwięźniętego jelita. Naturalném téż jest, że działanie polewań eteru jest tém lepsze, im wcześniéj zostanie zastósowane, gdyż po dłużéj trwającém zasznurowaniu jelito zostaje porażone, a zatém eter nie jest już w stanie wywołać w niém ruchów robaczkowych (*Berl. klin. Wochenschr.* 1882, Nr. 30).

Uwaga: W dzień po ogłoszeniu powyższego artykułu zdarzył się w klinice prof. Billrotha przypadek uwięźnięcia przepukliny. Użyto polewania eterem, a odprowadzenie udało się bardzo łatwo; czy *post* lub *propter hoc,* pokażą dalsze doświadczenia, których w każdym razie warto próbować. *Dr. Schramm.*

Wiadomości pomniejsze.

(K. Gr.) **Wścieklizna.** Weterynarz paryzki Bourrel proponuje, aby celem zapobieżenia przenoszeniu się wścieklizny opiłowywać psom zęby tak, aby były podobne z kształtu do zębów zwierząt roślinożernych. Twierdzi on, że te ostatnie nigdy nie przyczyniają się do szerzenia wścieklizny, bo mają wolny koniec u zębów tępy i jedynie uciskają naskórek nie nadwerężając go, gdy psy zębami siecznemi i kłami przecinają tkanki. Lekka operacyja, jaką wypada w tym celu podjąć, jest bardzo prostą i można ją wykonać w ciągu kilku minut. Operacyja ta jest na razie nieszkodliwa i nie zakłóca zupełnie przyszłego zębowania. P. Bourrel podaje, że osłoniwszy rękę rękawiczką wyciągał ją ku psu wściekłemu, na którym przedtém wykonano operacyję. Zwierzę natychmiast rękę chwytało, trzymało ją i gryzło przez pewien czas, mimo to rękawiczka była całą, bo zęby tylko się na niéj odcisnęły. *Faute de mieux* warto czynić doświadczenia w tym kierunku. (*The Lancet* 1882, II, Nr 3, str. 123).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VIII z d. 26 kwietnia 1882.

Przewodniczący: kol. Doc. Jordan. Członków obecnych 17.
(Dokończenie. Patrz Nr. 40).

10) Kol. Ponikło przedstawił chorego z drżączką (*paralysis agitans*), opowiedział przebieg choroby, uzasadnił rozpoznanie i podał stosowane dotąd różne sposoby leczenia:

Dawid Seiler, l. 44, zegarmistrz, żonaty, ojciec trojga zdrowych dzieci. Ojciec chorego umarł prawdopodobnie na zapalenie płuc, matka na chorobę sercową. Nikt z bliższych i dalszych krewnych chorego nie cierpiał nigdy na choroby układu nerwowego. Chory w pietnastym roku życia przebywał zimnicę, a w 29 roku życia dur brzuszny (przed 15 laty), po którym nie wystąpiła żadna choroba następowa.

W lecie roku 1877 chory, jak z wywiadów prawie z pewnością wnosić można, zapadł na przyostrą chorobę Brighta (ogólna puchlina znaczna, bóle w okolicy lędźwiowéj, skąpa ilość moczu, które przypady po 6ciu tygodniach ustąpiły, aby powtórnie z większém nasileniem po 14 dniach wystąpić). Chory leczony był na to cierpienie w szpitalu powszechnym przemyskim, zkąd wyszedł zupełnie zdrów.

W roku 1880 na wiosnę zapadł na różę twarzy i głowy, która trwała 2 tygodnie. Odtąd cieszył się zupełném zdrowiem aż do czerwca r. 1880, kiedy poczęło się rozwijać kilkakrotnie odnawiające się zapalenie skóry w okolicy goleniowéj prawéj, które doprowadziło do wytworzenia się wrzodu modzelowatego na który chory nasz był leczony również w szpitalu w Przemyślu. Przypady jednak ze strony układu nerwowego, mogące być uważane z wielkiém prawdopodobieństwem za pierwsze początki cierpienia obecnego, datują się od przeszło lat 10ciu. Już wtedy doznawał chory czasem lekkiego drgania rąk i nóg, szczególniéj rano, gdy wstawał z łóżka, do czego wszelakoż żadnéj wagi nie przywiązywał; przyznaje również, że od lat kilkunastu po-

stradał dawną delikatność w wykonywaniu ruchów skombinowanych palcami, nigdy jednak aż do lata roku 1880 do tego stopnia, aby doznawał znaczniejszéj przeszkody w wykonywaniu swego zajęcia fachowego t. j., zegarmistrzostwa (nawet w zimie b. r. — rzecz na pozór dziwna — mimo zaawansowanego cierpienia podczas pobytu w klinice lekarskiéj zdołał z wysileniem naprawić zegarek kieszonkowy). W r. 1877 po przebyciu zapalenia nerek spostrzegł mimowolne, zrazu słabe pociąganie głowy ku stronie lewéj, które jednak dowolnemi ruchami mógł zwalczyć. Przeciw zboczeniu temu nie szukał nigdy pomocy lekarskiéj. Stopniowo, lecz bardzo wolno, pociąganie to wzmagało się, lecz zwróciło żywszą uwagę chorego dopiero podczas pobytu w szpitalu w Przemyślu w r. 1880, gdy się leczył na wrzód modzelowaty podudzia. Tamże na naradzie lekarskiéj podówczas bawiący prof. Korczyński, zwiedzając szpital, zaproponował choremu udanie się do kliniki lekarskiéj na obserwacyję.

Chory przybył do Krakowa i został przyjęty do kliniki lekarskiéj w d. 4 listopada 1880. Badanie w d. 5 listopada 1880 przedsięwzięte wykazało: Mężczyzna dosyć dobrze rozwinięty, miernie odżywiony. Skóra blada, piegowata, sucha, przyskórek tu i ówdzie łuszczący się, podściółka tłuszczowa skąpa. Na podudziu prawém znajduje się wrzód płaski, około 4cm. w średnicy, o dnie niejednostajnie zaczerwienionėm, o brzegach twardych modzelowatych; dno wrzodu pokryte wypociną rzadką, posokowopiastą. Czaszka symetryczna wynosi w obwodzie 54cm. wymiar przodowo-tylny $17\frac{1}{2}$cm., wymiar boczny 15cm. Między 7 a 12 kręgiem piersiowym znachodzi się nieznaczne skrzywienie stosu pacierzowego na lewo. Kręgi piersiowe od 1go do 7go przy ucisku nieco bolesne. Dolny kąt łopatki lewéj o 4cm. niżéj ustawiony niż prawéj. Spojówki blade. Błona śluzowa ust i gardła również blada, niedokrewna. Język w tylnéj swéj części obłożony jest pokładem blado-żółtawym. Na szyi rysują się bardzo wybitnie kontury mięśni mostko-sutko-obojczykowych, o wiele więcéj atoli prawego. Palpacyję stwierdzić można było, iż mięsień mostko-sutko-obojczykowy prawy w środkowéj swéj części jest prawie 2 razy grubszy niż lewy, przytém przy dotyku zbity i twardy. Badanie narządu oddechowego i krążenia prócz słabości tonów sercowych i wolności tętna (64 na m.) nic uwagi godnego nie wykazało, dla tego prelegent nie przytacza rezultatu ściślejszego badania tych narządów. Brzuch nieco wypuklony; mięśnie brzuszne przy obmacaniu napinają się silnie. Wątroba rozmiarów prawidłowych, śledziona nieco pod łukiem żebrowym macalna. Łaknienie prawidłowe. Wypróżnienia stolcowe regularne. Mocz oddawany z łatwością w średniéj dziennéj ilości 1200cm. sz. zawiera małą ilość białka; inne składniki prawidłowe. W sferze zmysłowéj żadnych zboczeń. Usposobienie chorego wesołe. Inteligencyja nie wydaje się być upośledzoną, pamięć zachowana. Czucie dotykowe, bólu i czucie ciepłoty zupełnie prawidłowe. Czucie elektryczne, tak przy badaniu prądem stałym jak indukcyjnym zupełnie dobrze zachowane. Odruchy skórne i ścięgniste nieco wygórowane. Objawu stopowego brak. Najwybitniejsze zmiany wykazuje sfera ruchowa. Uderza na pierwszy rzut oka mimowolne drganie głowy, zwłaszcza rzucanie takowéj kurczowe ku stronie lewéj, przyczém prawy mięsień mostko-sutko-obojczykowy znacznie się napina. Szczegółowiéj rzecz ma się jak następuje: Bezustannie (10—30 razy na minutę), wyraźniéj jednak wtedy, gdy chory zamierza wykonać jakiś ruch dowolny, lub zostaje pod wpływem jakiego wrażenia umysłowego, szyja a z nią głowa, skręca się mimowolnie na około osi pionowéj ku stronie lewéj o kąt mniéj więcéj 40—60 stopni i pozostaje nader krótką chwilkę w tém położeniu w spokoju, przyczém broda zbliża się do ramienia lewego a twarz przybiera wyraz człowieka zabierającego się do bójki (górna warga zaciśnięta na dolną, brwi zmarszczone). Po dokonaniu każdego takiego ruchu następują bardzo liczne drobne oscylacyje głowy około osi pionowéj. Chory, świadom téj nienaturalnéj postawy, stara się wszelkiemi siłami nadać głowie prawidłowe ułożenie, lecz tylko przy pomocy rąk udaje mu się czasem z wielkim wysiłkiem zwalczyć ruch ten kurczowy na bardzo krótko.

Mięśnie twarzy funkcyjonują prawidłowo: czoło chory marszczy dobrze, powieki zamyka z łatwością. Usta do gwizdania składa dobrze. Mówi dobrze i łatwo. Połykanie zupełnie prawidłowe. Mięśnie języka funkcyjonują zupełnie prawidłowo.

Odnogi górne podparte lub zwieszone w jakiémkolwiek położeniu nię drgają wcale, puszczone wolno lub przy wykonywaniu ruchów dowolnych, drgają. Drgania te zawisły przeważnie od kurczów mięśni ramienia, mniéj przedramienia, to téż jeśli chory wykluczy wpływ mięśni ramienia na ruchy ręki i palców, np. oparłszy dobrze odnogi górne na stole aż do stawu nadgarstkowego, może wykonać manipulacyję wymagającą dość delikatnych ruchów palcami, np. nawlec drobną igłę lub kilka ściegów dość dobrze zrobić, chociaż lekarstwa na łyżce żadną miarą do ust donieść nie zdoła. Drgania te mięśni ramienia są rytmiczne o małéj ekskursyi, która się powiększa przy wykonywaniu jakiegokolwiek ruchu dowolnego.

Gdy przy ułożeniu ciała poziomém trzyma odnogi górne pionowo, można wyraźnie spostrzedz i wymacać wybitne rytmiczne drgania w mięśniu piersiowym wielkim, mniéj więcéj 5 drgań na 3 sekundy; z tych pięciu drgań 1sze jest najsilniejsze, każde następne słabsze, a po piątém najsłabszém występuje znów silne drganie otwierające następny szereg 5 drgań. Odnogi dolne nie drgają wcale, chory chodzi zupełnie dobrze; objawów niezborności nie ma żadnych; przy zamkniętych oczach chód równie pewny i dobry. Siada i wstaje bardzo łatwo, znużenia mięśni po dłuższém chodzeniu nie uważa. Oddziaływanie elektryczne mięśni prawidłowe. Bólów mięśniowych brak zupełny. Dynamometr okazuje siłę ręki prawéj 34 kilogr., ręki lewéj 30 kilogr. Czasem skarży się chory na kurcze i rodzaj lekkiego zesztywnienia odnóg dolnych, zwłaszcza przy zgięciu nóg w kolanie występuje lekkie skurczenie tężcowe mięśni udowych. Mniéj często żali się na uczucie mrowienia i zesztywnienie mięśni grzbietu strony prawéj. Ciężar ciała 55,50.

Badanie oftalmoskopowe niemożebne do wykonania z powodu bezustannych ruchów głowy. Bóle głowy częste, zwłaszcza po stronie prawéj. Sen przerywany; czasem okresowa bezsenność. Chory pozostawał w klinice lekarskiéj aż do chwili zamknięcia kliniki w d. 20 lipca 1881. Z kategoryczną dyjagnozą powstrzymano się aż do wyników dłuższéj obserwacyi, zastosowano zaś leczenie symptomatyczne. Przez cały przeciąg czasu pierwszego pobytu chorego w klinice lekarskiéj nie zaszła w przypadkach ze strony sfery ruchowéj żadna zmiana na lepsze, owszem oprócz wzmożenia się opisanego powyżéj szczegółowo pociągania głowy ku stronie lewéj wystąpiły wyraźniejsze drgania mięśni przedramienia. Przy wykonywaniu ruchów rękami, zwłaszcza wymagających fleksyi w stawie łokciowym, doznawał chory coraz większych trudności, np. gdy usiłował pić z naczynia, ze szklanki, musiał siadać na stołku, oprzeć łokieć o krawędź stołu, nachylić głowę ku dołowi, przyłożyć szczęki silnie do brzegu naczynia i w ten sposób z wielkim mozołem wśród ustawicznych zrywań głowy wciągać płyn z naczynia.

Z początkiem lata 1881 poczęły nadto przy gwałtowniejszych ruchach dowolnych pojawiać się lekkie drgania mięśni twarzowych, kurczowe ruchy powiek i brwi, tudzież czasem zataczanie gałki ocznéj ku stronie lewéj (prawdopodobnie z powodu ustawicznego uchylania się osi widzenia ku stronie lewéj). Nadto z trudnością przychodziło choremu wyprostowywać rękę lub zwierać takową w pięść.

Poprzednio podany wynik badania nie wykazał żadnych zmian w mięśniach odnóg dolnych i chodzie; nie można téż było żadnych dostrzedz aż do początku czerwca 1881; od tego czasu wszelakoż zauważył chory, iż trudno mu długo ustać na jednėm miejscu, iż nuży się przy dłuższém chodzeniu, a czasem zatacza się. Należy tu zanotować z przebiegu częste występowanie bólów głowy, najdokuczliwsze były one w marcu i kwietniu, tak iż wymagały injekcyj morfinu; były czasem toru intermitującego, najczęściéj poczynały się pod wieczór. Wśród bólów tych nie było żadnych zmian naczynioruchowych ani też nieprawidłowości w źrenicach. Chory przez cały przeciąg obserwacyi nigdy nie gorączkował. Stan ogólnego odżywienia polepszył się znakomicie; ciężar ciała przy wyjściu chorego z kliniki w dn. 20 lipca wynosił 63,550, podczas gdy w chwili przyjęcia wynosił zaledwie 55,500 kilogr. Po zamknięciu kliniki z końcem lipca 1881 chory udał się do domu, gdzie przebywał do października t. r. potém przybył do Krakowa a po kilkotygodniowym pobycie w szpitalu św. Łazarza, gdzie był leczony na wrzód modzelowaty podudzia, który się podczas pobytu w domu odnowił, został w dniu 5 grudnia 1881 powtórnie przyjęty do kliniki lekarskiéj.

Stan obecny w dniu powtórnego przyjęcia różnił się

tylko tém od wyników badania powyżéj podanego, że przypady chorobowe dotyczące sfery ruchowéj układu nerwowego postąpiły naprzód. Dalszy przebieg cierpienia przez ostatnie pięć miesięcy, obok ustawicznego potęgowania się zmian nacechowanych, wykazuje następujące przypady nowe: 1) wybitniejsze drgania mięśni uda i podudzia; 2) utrudnione chodzenie z powodu rychłego znużenia, czasem chód niepewny, zataczanie się; 3) silne skurczenie mięśni uda przy zgięciu odnóg dolnych w kolanie; 4) z naciskiem wypada wspomnieć o występującym czasem szczególniejszym rodzaju chodzenia, chory nasz czasem przechadzając się zwolna, gdy chce czy dobrowolnie, czy na polecenie przyspieszyć nieco kroku, bieży bardzo spiesznie, spieszniéj niż zamierzał, tak jak gdyby był ścigany, mając przy tém uczucie, jak gdyby miał upaść naprzód, co go w części skłania bezwiednie do przyspieszenia kroku; trudno mu téż zatrzymać się nagle wśród chodu na wezwanie. 5) wystąpienie okresowe duszności (z powodu drgań kurczowych mięśni klatki piersiowéj, mięśni międzyżebrowych a prawdopodobnie i lżejszych drgań mięśnia przepony). Obecnie więc drgania mięśniowe dotyczą mięśni szyi, grzbietu, odnóg górnych i dolnych - tudzież mięśni klatki piersiowéj. Połykanie, czynność serca, funkcyje pęcherza i kiszki stolcowéj odbywają się prawidłowo; obok tych objawów zadrażnienia w sferze ruchowéj, uważamy równocześnie objawy poczynającego porażenia i osłabienia mięśni pierwotnie wyłącznie drgawkom ulegających Stan odżywienia chorego utrzymuje się pod wpływem dyjety obfitéj i pożywnéj tudzież leczenia wzmacniającego w tym samym stanie jak pierwéj. Ciężar ciała wynosi obecnie 61,50.

Bezsprzecznie najwybitniejszym objawem w naszym przypadku są bezustanne drgawki mięśniowe, dotyczące przedewszystkiém mięśni szyi, karku i grzbietu. W najwyższym stopniu ulega drganiom mięsień mostko-sutko-obojczykowy strony prawéj tudzież głębsze mięśnie karku i szyi, jak prawdopodobnie mięsień, *splenius capitis et colli, complexus colli major, m. biventer* strony lewéj, *transversalis cervicis, trachelo-mastoideus, multifidus spinae* i *rhomboideus* (cofnięcie łopatki). Drgawki te są częścią kurczowe, częścią rytmiczne, oscylacyjne, nie ustają i wtedy, gdy chory leży zupełnie spokojnie i tylko podczas głębokiego snu ustępują w zupełności; drgawki te jednak wzmagają się, ekskursyje ich stają się większe, gdy chory chce wykonać jaki ruch dowolny. Mięśnie języka i artykulacyjne same dla siebie funkcyjonują prawidłowo, mięśnie pęcherza i kiszki stolcowéj działają również zupełnie normalnie. Nadto należy zwrócić uwagę na często występujące s t ę ż e n i e niektórych mięśni odnóg górnych i dolnych, przypad, który w nizkim stopniu rozwoju poprzedzał inne już od lat kilku.

Godnym uwagi we względzie rozpoznawczym jest też chód chorego czasem p r o p u l s y w n y. Wśród tych zmian w sferze ruchowéj, sfera czuciowa jest zupełnie prawidłowa. Ze względu na powolny rozwój cierpienia, na zajęcie znacznéj ilości mięśni, na charakter częścią kurczowy, częścią oscylacyjny drgań mięśniowych, na tę okoliczność, że drgania nawet w zupełnym spokoju nie ustają, na obecność zesztywnień, czasem występujących, na chód, niekiedy propulsywny, na brak objawów cierpienia ogniskowego, na prawidłowość wyższych funkcyj mózgowych, wreszcie na występujące w ostatnich miesiącach osłabienie i utrudnienie ruchów sądzi prelegent, iż ogólny obraz całego przypadku przemawia za rozpoznaniem wcześniejszego okresu cierpienia, klinicznie tylko znanego, aczkolwiek dotąd ściśle nieokreślonego, bez jednolitéj podstawy anatomicznéj, t. j. d r ż ą c z k i (*paralysis agitans*).

Podobnym w wielu punktach obraz choroby dopiero co nakreślony mógłby być do t r z ę s i e n i a r t ę c i o w e g o lub o ł o w i o w e g o, aczkolwiek drganie mięśni regularne i oscylacyjne nie jest cechą tego ostatniego. W naszym przypadku jednak daty anamnestyczne możebność tę stanowczo wykluczają. Zbyteczna zastanowić się nad różnicą między drżączką (*paralysis agitans*) a rozsianą sklerozą mózgo-rdzeniową i pląsawicą, że nie wspomnę już o rzadkiém zboczeniu jak *athetosis* Hammonda. Proste trzęsienie (*tremor simplex, tremor senilis*) nie zajmuje zwykle tak rozległych grup mięśniowych; jest mniéj uporczywy i ustępuje zwykle, gdy chory leży spokojnie lub pod energicznym wpływem woli.

Przytoczę tu pokrótce środki lecznicze, jakich chory przez przeciąg długiéj obserwacyi klinicznéj używał w porządku chronologicznym. (Dodać należy, iż dyjeta była zawsze obfita i ile możności pożywna). I tak: 1) od d. 5/11 do 9/11 1880 używał *Kali bromatum* (8,00—200,00) 3 łyżki dziennie; 2) od 10/11 do 19/12 b r o m z ż e l a z e m wedle formułki *Ferri citrici* 5,00, *Kali bromati* 15,000, *Vini malacensis* 150,00 3 łyżki dziennie; 3) od 20/12 do 1/1 1881. znów *Kali bromatum* w powyższych dawkach; 4) 2/1 i 7/1 użyto wstrzyknięcia podskórnego a p o m o r f i n u (0,0075 chlorku apomorfinu), który prócz wywołania wymiotów żadnego nie sprawił skutku; 5) przeciw bólom głowy stosowano w pierwszych miesiącach injekcyje podskórne m o r f i n u, tudzież wcieranie maści w e r a t r y n o w é j; 6) od 13/1 do 23/2 podawano choremu *Argentum nitricum* w pigułkach działające równocześnie przeciw bezsenności przez podawanie c h l o r a l u; 7) od 24/2 do 2/4 chory brał *Zincum valerianicum* w pigułkach; 8) od 2/4 do 25/4 podawano atropin w pigułkach w dawkach $^1/_2$ i 1-miligramowych (1 pig. dziennie); 9) od 26/4 do 6/5 zażywał b r o m e k k a m f o r y w postaci francuzkiego preparatu oryginalnego *(capsules au bromure de camphre)*; 10) przez kilka miesięcy stosowano obok wyżéj podanych leków prąd galwaniczny na okolicę stosu pacierzowego, jednak bezskutecznie; czasem zdawało się, że bezpośrednio po zastosowaniu elektryczności drgania mięśniowe słabły, lecz tylko na bardzo krótko, co może w części należało przypisać téj okoliczności, iż chory podczas elektryzowania kilkanaście minut musiał pozostać w zupełnym spokoju; 11) od 7/5 do 3/6 wstrzykiwano podskórnie r o z c z y n a r s e n o w y F o w l e r a; 12) od 4/6 do 14/6 wcierania s z a r u c h y; 13) od 15/6 do 27/6 chory brał ogólne k ą p i e l e e l e k t r y c z n e; 14) od 26/6 do 10/7 wstrzykiwano podskórnie k u r a r ę; 15) od d. 5/10 do 15/1 1882 wstrzykiwano powtórnie rozczyn a r s e n o w y F o w l e r a; 16) od 15/1 do 31/1 stosowano injekcyje k u r a r y; 17) przez kilka dni podawano k o d e i n w proszkach, lecz zaniechano z powodu występowania bólów głowy i zawrotu; 18) od 10/2 do 1/3 chory używał wyciągu *veratri viridis*, od 3 do 6 kropli 3 razy dziennie; 19) od 1/3 aż po dziś dzień chory używa *extractum hyoscyami* i doprowadził do dawki 18 centygramowéj dziennie; wreszcie stosowano 20) przez niejaki czas kąpiele letnie z następowém oblewaniem karku i stosu pacierzowego zimną wodę.

Wszystkie te postępowania lecznicze nie wywarły ani na zasadnicze cierpienie, ani na najgłówniejsze przypady żadnego wyraźnego wpływu.

W dyskusyi brali udział kol. Skórczewski i prof. Oettinger Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

S t a t y s t y k a e p i d e m i j. W tygodniu od 24—30 września umarło w Krakowie wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 19,2 (17,5 z. t.). Z płonicy umarło 0 (1 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku odry, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 17—23 września zapadło w Londynie na ospę 15, leczyło się w szpitalach 85, umarło 0. W Wiedniu umarło z ospy 5, w Paryżu 6, w Granadzie 14, w Madrycie 26. Dur brzuszny złagodniał w Paryżu, gdzie umarło 53. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie. W Cincinnati umarło z cholery od 19—26 sierpnia 1, w Bombayu od 16—22 sierpnia 1, w Kalkucie od 5—12 sierpnia 6.

S t a t y s t y k a ś m i e r t e l n o ś c i. W tygodniu od 17—22 września umarło wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 17,5; we Lwowie 33,4; w Poznaniu 32,3; w Wiedniu 19,6; w Budapeszcie 22,6; w Pradze 22,9; w Tryjeście 27,5; w Berlinie 26,4; w Wrocławiu 33,2; w Mnichowie 21,2; w Gdańsku 25,5; w Dreźnie 23,8; w Lipsku 18,0; w Bazylei 17,9; w Brukseli 22,0; w Amsterdamie 21,7; w Hadze 22,3; w Paryżu 21,6; w Londynie 19,4; w Kopenhadze 20,2; w Stokholmie 25,3; w Chrystyjanii 20,0; w Petersburgu 27,6; w Odesie 40,6; w Rzymie 22,9; w Wenecyi 26,5; w Bukareszcie 22,6; w Madrycie 33,0; w Lizbonie 28,2; w Nowym Yorku 25,9; w Filadelfii 21,5; w Bombayu 23,2; w Madrasie 33,6. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków 11. października. Sprawa wybudowania kliniki na gruncie szpitala Sgo Łazarza, która od lat kilku jest na porządku dziennym, postąpiła o krok stanowczy naprzód. Otrzymaliśmy następujące: „Sprawozdanie Wydziału krajowego w przedmiocie bezpłatnego ustąpienia gruntów pod budowę zakładu dla anatomii patologicznéj w Krakowie, przedłożone Sejmowi w d. 7 b. m." Sprawozdanie to podajemy dosłownie, bo ono wyjaśnia bieg sprawy:

Wysoki Sejmie!

Na posiedzeniu z dnia 13 lipca 1880 r., powziął Wysoki Sejm uchwałę treści następującéj:

„Upoważnia się Wydział krajowy, ażeby część gruntu, będącego własnością szpitala św. Łazarza w Krakowie, około jednego morga wynosić mogącą, odstąpił bezpłatnie pod 2 pawilony kliniczne kosztem Rządu wystawić się mające."

Zawiadomione o téj uchwale c. k. Namiestnictwo w odezwie z 22 maja 1881 L. 21.736 doniosło Wydziałowi krajowemu, że uchwała powyższa zostanie przedłożoną do sankcyi Najwyższéj, skoro będzie przedłożony plan, wykazujący konfiguracyję i położenie poziome tego gruntu, tudzież odległość jego od szpitala i skoro grono profesorów Wydziału lekarskiego objawi ostatecznie zdanie swoje o przydatności budowy na tym gruncie.

Zarazem oznajmiło c. k. Namiestnictwo, że c. k. Ministerstwo oświecenia postanowiło zaproponować w celu ułatwienia Rządowi stosownego umieszczenia i urządzenia klinik, bezpłatne odstąpienie gruntu także pod budowę gmachu, który równocześnie z nowemi budynkami klinicznemi i w pobliżu tych budynków ma być postawiony dla zakładu anatomo-patologicznego. Zapytało oraz c. k. Namiestnictwo, czy Wydział krajowy zechce to żądanie poprzeć w obec Wysokiego Sejmu.

Wydział krajowy odezwą z 14 czerwca 1881, do L. 24.628 zawiadomił c. k. Namiestnictwo, że polecił Dyrektorowi szpitala św. Łazarza w Krakowie, aby wziął udział w dochodzeniach zarządzonych w przedmiocie rozpoznania, czy obok wystawić się mających pawilonów klinicznych należy wybudować również Zakład dla anatomii patologicznéj. Zarazem oświadczył Wydział krajowy, że gdyby zarządzone dochodzenia wykazały, iż taki gmach stanąć tam może, i że w tym celu oprócz odstąpionego już w moc uchwały sejmowéj, potrzebnym jest jeszcze kawał gruntu z posiadłości szpitalnych, Wydział krajowy gotów będzie poprzeć usilnie u Wysokiego Sejmu wniosek na odstąpienie także kawałka gruntu, idąc w têm za wskazówką udzieloną w zeszłorocznéj uchwale sejmowéj.

Odezwą z 28 września 1882, do L. 48.518 zawiadomiło c. k. Namiestnictwo Wydział krajowy, że zarządzone dochodzenia wykazały możność użycia części gruntu obok szpitala św. Łazarza w Krakowie pod budowę Zakładu dla anatomii patologicznéj i stwierdziły przydatność tego gruntu pod powyższą budowę. Uprasza przeto c. k. Namiestnictwo o wyjednanie u Wysokiego Sejmu upoważnienia do bezpłatnego odstąpienia oprócz gruntu ofiarowanego pod budowę kliniki, także takiego obszaru gruntu szpitalnego, jaki będzie potrzebny pod budowę Zakładu anatomii patologicznéj.

Powołując się na uchwałę Wysokiéj Izby z 13 lipca 1880 r., na przytoczone wówczas motywa i powody uwzględnienia żądań c. k. Rządu, a właściwie naglących potrzeb Uniwersytetu Jagiellońskiego, Wydział krajowy sądzi, że wszelkie bliższe motywowanie powyżéj wyrażonego żądania byłoby zbyteczne, przeto ogranicza się na usilném ze swéj strony poparciu i przytoczeniu następnych okoliczności:

Grunt potrzebny zajmie przestrzeń 1400 do 1500 metrów kwadratowych. Ubytek ten zakładowi szpitalnemu żadnéj nie zrobi różnicy. Ponieważ jednak prawdopodobnie najsposobniejsze pod budynek miejsce okaże się tam, gdzie obecnie stoją magazyny szpitalne, przeto w takim razie będzie musiał c. k. Rząd zgodzić się na pewną bonifikacyję za te budynki.

Z tych więc powodów upraszamy Wysoki Sejm o powzięcie następującéj uchwały:

„Upoważnia się Wydział krajowy do bezpłatnego odstąpienia z gruntu szpitala św. Łazarza w Krakowie odpowiedniego kawałka pod budowę Zakładu dla anatomii patologicznéj, i do przeprowadzenia potrzebnych w téj mierze rokowań z c.k. Rządem."

Z Rady Wydziału krajowego Królestwa Galicyi i Lodomeryi z W. Ks. Krakowskiém.

Lwów dnia 3 października 1882.

(podp.) Marszałek krajowy: *Dr. Mikołaj Zyblikiewicz.* (podp.) Sprawozdawca: *Dr. Fr. Hoszard.* Członek Wydziału krajowego.

Sprawozdanie to przesłane zostało do Komisyi administracyjnéj, a według pewnych informacyj, które otrzymaliśmy, Komisyja ta niezadługo przedłoży swe wnioski, a nie wątpimy, że Sejm załatwi sprawę zgodnie z życzeniem i potrzebą jedynego w kraju Wydziału Lekarskiego.

Wydział lekarski ze swéj strony nie szczędził ni czasu, ni pracy, aby rzecz doprowadzić do tego kresu, u jakiego ją teraz znajdujemy. Dzięki energii i zabiegom przeszłorocznego Dziekana Prof. Stopczańskiego trudności, które na każdym kroku się nasuwały, szczęśliwie usunięte zostały, tak że pod koniec jego urzędowania akta odejść mogły do Namiestnictwa. Obecnie zajmuje się również gorliwie tą sprawą Dziekan Prof. Rydel, tak że niepłonną żywić możemy nadzieję, iż po zapadnięciu uchwały sejmowéj, w obec życzliwości dla Uniwersytetu PP. Ministrów skarbu i oświecenia w niedalekiéj przyszłości będzie można przystąpić do budowy klinik i Zakładu dla anatomii patologicznéj.

* **Kraków** d. 12 paździsernika. Komisyja administracyjna załatwiła szybko wniosek Wydziału krajowego i na dzisiejszém posiedzeniu Sejmu przedłożyła ze swéj strony wniosek następujący:

Wysoki Sejmie!

Na posiedzeniu 13 lipca 1880 r. uchwalił Wysoki Sejm upoważnić Wydział krajowy do bezpłatnego odstąpienia części gruntu będącego własnością szpitala św. Łazarza w Krakowia, wynoszącéj około jednego morga, pod budowę dwóch pawilonów klinicznych, które Rząd zamierza wystawić.

Obecnie wnosi Wydział krajowy na podstawie żądania ze strony Rządu postawionego i dochodzeń przeprowadzonych na miejscu, odstąpienie dalszego jeszcze kawałka gruntu na budowę zakładu anatomii patologicznéj.

Powody wyłuszczone obszernie w sprawozdaniu Komisyi edukacyjnéj z r. 1880 i w dyskusyi nad niém odbytéj, które skłoniły Wysoki Sejm do przytoczonéj na wstępie uchwały z 13 lipca 1380 roku, przemawiają i za odstąpieniem tego dalszego kawałka gruntu w przestrzeni 1.400 do 1.500 metrów kwadratowych, którego ubytek, jak wykazało dochodzenie, nie zrobi żadnéj różnicy szpitalowi św. Łazarza. Skoro jednak możebném jest, że najprzydatniejsze miejsce na budowę zakładu dla anatomii patologicznéj okaże się tam, gdzie stoją szopy i magazyny szpitalu, przeto zastrzedz należy, aby z powodu przeniesienia tych budynków w inne miejsce fundusz szpitalny lub fundusz krajowy nie był narażony na koszta.

Komisyja przeto wnosi: Wysoki Sejm raczy uchwalić: „Upoważnia się Wydział krajowy do bezpłatnego odstąpienia z gruntu szpitala św. Łazarza w Krakowie odpowiedniego kawałka pod budowę zakładu dla anatomii patologicznéj i do przeprowadzenia potrzebnych w téj mierze rokowań z c. k. Rządem, wszelako z têm zastrzeżeniem, aby ani fundusz szpitalny ani fundusz krajowy nie był w skutek tego odstąpienia narażony na ponoszenie jakichkolwiek wydatków. Lwów 10 października 1882. (Podp.) *Grocholski*, przewodniczący *Pilat*, Sprawozdawca.

Według doniesienia telegraficznego, otrzymanego właśnie przez Dziekana Wydziału lek., Sejm na posiedzeniu dzisiejszém przychylił się do powyższego wniosku i uchwalił odstąpienie gruntu pod budowę gmachu dla anatomii patologicznéj, w którym mieścić się oraz mają zakłady dla patologii doświadczalnéj i medycyny sądowéj.

* **Paryż.** Rząd udzielił Pasteurowi sumę 50.000 franków na wykończenie bad. ń nad chorobami infekcyjnemi zwierząt.

* **Berlin.** Maison de santé w Schönebergu pod Berlinem, założona przez zmarłego niedawno Dra Lewinsteina, pozostaje w posiadaniu jego wdowy a kierownictwo lekarskie objął Dr. Jastrowitz.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Erlanga.** Prosektor przy zakładzie anatomicznym Dr. Leon Gerlach mianowany został nadzw. profesorem anatomii. — **Monachijum.** Asystent w Berlinie Dr. Frommel i Dr. Rückert habilitowali się jako docenci prywatni.

(*) **Nekrologija.** Dr. Włodzimierz Dmochowski, żołnierz b. wojsk polskich, zmarł dnia 19 z. m. w Chartres we Francyi. Osiadłszy na ziemi tamtejszéj, oddał się studyjom lekarskim i został profesorem anatomii w szkole medycznéj w Rennes. W roku 1852 otrzymał stopień doktora medycyny w Paryżu; zamieszkał wtedy w Sancheville i rozpoczął praktykę lekarską. U ludności okolicznéj obudził szybko głęboką sympatyję i szacunek dla wielkiéj prawości charakteru i dobroci serca. W całym departamencie Eure et Loire znano go dobrze i nazywano serdecznie *père Vladimir*. Po 22-letnim pobycie w Sancheville przeniósł się ś. p. Włodzimierz dla zdrowia do Chartres, gdzie zakończył pełne zasług życie. (*Kur. Warsz.*).

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 40: Korczyńskiego: Uwagi i spostrzeżenia kliniczne. IV. O zwyrodnieniu włóknistém tkanin (c. d.)— Jaworskiego: Doświadczenia nad ilościowém znikaniem rozczynów niektórych soli z żołądka ludzkiego.—W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 40: Winowera: Przypadek pęknięcia naczyniówki; — Wolframa: (z kliniki prof. Korczyńskiego): Zachowanie się ciężaru ciała w chorobach gorączkowych ostrych (c. d.); — Rothego: Otrucie wyskokowe, jego wpływ na rozwój chorób umysłowych (c. d.).

Na fundusz wdów i sierót po lekarzach nadesłał Dr. Kossak z Jarosławia kwotę 2 złr.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

L. 256. Dz. W. l.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze chorób wewnętrznych c. k. Uniwersytetu Jagiellońskiego na na lat dwa licząc od 1 Października 1882 r. Z posadą tą połączona jest płaca roczna 600 złr. w a. tudzież pomieszkanie bezpłatne.

Podania należycie poparte wnosić należy najpóźniéj do 18 października rb. na ręce podpisanego.

Kraków d. 1 października 1882 r.

Rydel
t. r. Dziekan Wydz. lek.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarni p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia p. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 21 października 1882. № 42. Rok XXI.

I. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Dwa rzadkie przypadki zapalenia siatkówki.

Podał Dr. E. Machek.

Obraz wziernikowy zapalenia siatkówki powstałego na tle kiły *(Retinitis diffusa syphilit.)* nie różni się wybitnemi oznakami od obrazu, jaki przedstawia zapalenie siatkówki powstałe z innych przyczyn. Chociaż więc zapalenie kiłowe siatkówki, ściśle wziąwszy, nie przedstawia obrazu charakterystycznego, to przecież są pewne cechy, z których, w największéj ilości przypadków, domyślać się możemy kiły jako przyczyny choroby. W takich przypadkach wykazać można w siatkówce zaćmienia, które najwybitniéj wzdłuż naczyń występują, niecałą siatkówkę, lecz tylko pojedyncze jéj odcinki zajmują albo szerokie smugi tworzą; wybroczyn prawie nie ma, żyły są miernie pokręcone i zgrubiałe, tarcza nerwu wzrokowego zaczerwieniona, wcale nie lub tylko lekko obrzmiała. Na tle kiły jednakże powstać może zapalenie siatkówki, które zupełnie odmienny obraz przedstawia. Do tych niewątpliwie rzedszych przypadków kiłowego zapalenia siatkówki zaliczamy: *a)* zapalenie z wielkiemi wybroczynami połączone często z rozwojem tkanki łącznéj w siatkówce (Liebreich, Kaempf, Schubert); *b) Retinitis albuminurica* powstała skutkiem zwyrodnienia skrobiowatego nerek na tle kiły (Alexander); *c) Retinitis pigmentosa*; *d) Chorioretinitis* i *e) Retinitis centralis recidiva* (Graefe). Z tego już wynika, że kiła może być przyczyną rozmaitych zmian chorobowych w siatkówce.

Pomiędzy przypadkami zapalenia siatkówki leczonemi w ostatnich latach w klinice okulistycznéj były dwa przypadki z tych rzadkich rodzajów, które z niejednego względu, jak to z toku rzeczy wyniknie, zasługują na ogłoszenie. Pierwszy, na tle kiły powstały, odznacza się wielkiemi wybroczynami zajmującemi dwa odcinki dna oka. Kazuistyka tych przypadków nie jest bogata, co już z tego wynika, że wyżéj podaliśmy wszystkich autorów, którzy podobne przypadki opisali. Drugi przypadek dotyczy *Retinitis centralis recidiva* Graefego z typowym przebiegiem choroby i charakterystycznym obrazem wziernikowym u chorego, który według wszelkiego prawdopodobieństwa kiły nie przebył ani nie odziedziczył. G r a e f e, który zresztą w pracy swojéj o téj chorobie (*Archiv f. Ophthalm.* XII, 2) kazuistyki nie przytacza, sądzi, iż *Retinitis centralis recidiva* powstaje tylko na tle kiły. L e b e r jednakże miał już pewne wątpliwości, czy rzecz się tak ma, jak Graefe sądzi i zastanawiając się nad tym rodzajem zapalenia siatkówki, dodaje: „że z powodu braku kazuistyki dotąd orzec trudno, czy tylko skutkiem kiły, lub téż także skutkiem innych jakich szkodliwości ta choroba powstać może“. (Leber: *Netzhautkrankheiten* 621). Oba przypadki ukończyły się wyleczeniem.

1. *Retinitis specifica haemorrhagica.*

Z. R., l. 23, fryzyjer z Tarnowa, został przyjęty 13 list. 1880 do kliniki stałéj. Wywiady wykazują, iż z daleka nigdy tak dobrze jak inni ludzie nie widział, z blizka zaś rozpoznawał prawém okiem najdrobniejsze przedmioty. Lewém okiem zawsze tak mało widział jak obecnie. Mając lat cztery zapadł, jak mu rodzice opowiadali, na zapalenie oczu, które z przerwami trwało aż do 13go roku. Pomimo upośledzonéj bystrości wzroku oka lewego wzięto go do wojska, gdzie przez dwa lata służył w artyleryi. Przed 3ma laty miał rzeżączkę, z któréj się w krótkim czasie wyleczył; przed rokiem powtórnie uległ téj chorobie, na którą i obecnie jeszcze cierpi a równocześnie miał wrzód twardy na napletku, cztery miesiące zaś późniéj dostał plam czerwonych porozrzucanych na całém ciele, które bez leczenia w krótkim czasie znikły nie pozostawiając żadnych śladów. Przed kilkoma tygodniami widział przez 3 dni jak przez mgłę, poczém się wzrok poprawił, zdaje mu się jednakże, iż tak dobrze jak dawniéj już nie widział. Przed 3ma dniami chory się zgniewał, wypił znaczną ilość wódki, kilka szklanek piwa i wiele krzyczał. Po

obiedzie spostrzegł, iż bardzo źle widzi, lekarz zapuścił mu krople do oka i odesłał go do kliniki okulistycznéj.

Badanie wykazuje, iż chory jest dobrze zbudowany, źle odżywiony, gruczoły pachwinowe i karkowe są obrzmiałe, twarde, niektóre mają wielkość orzechów laskowych. Na tułowiu i odnogach znajdują się ciemno-czerwone guzki, na napletku ciemna twarda blizna. Błona śluzowa gardła i miękkiego podniebienia rozpulchniona, zaczerwieniona, śluzem pokryta, na obrzmiałych migdałkach małe kłykciny, *ad anum* dwa małe guziczki sączące. Chorego badał także prof. Rosner, a rozpoznanie co do stanu ogólnego brzmiało: *Syphilis secundaria cutanea papulosa. Cicatrix indurat. praeputii. Pharyngitis syphilit. Polyadenitis inguinalis et nuchalis. Condylomata lata ad tonsillas et ad anum.* Mocz prawidłowy, wady sercowéj nie ma. Badanie oczu wykazuje prawidłowy stan części zewnętrznych, na rogówkach drobne plamy wchodzące tylko od dołu w obręb rozszerzonéj *ad maximum* źrenicy, skutkiem czego bystrości wzroku nie upośledzają. Krzywizna rogówki oka prawego prawidłowa, powierzchnia gładka, przodkowa komórka ma zwykłą głębokość, środki łamiące są czyste. Tarcza nerwu wzrokowego okrągła, zaczerwieniona, brzegi téjże dobrze odgraniczone, fizyjologiczne zagłębienie w środku téjże wyraźne, od zewnątrz otacza tarczę wązka obwódka twardówkowa. Siatkówka na około tarczy szarawo zaćmiona; zaćmienie sięga od dołu (obraz odwrotny) na 2 do 3 średnic tarczy nerwu wzrokowego ku obwodowi, od góry tak daleko, jak tylko wziernikiem dojrzeć można, w kierunku zaś ku plamce żółtéj prawie aż do téjże sama plamka żółta jednakże nie jest zajętą. Ku dołowi biegną dwie tętnice i dwie żyły. Pierwsze są prawidłowe, żyły zaś miernie rozszerzone i pokręcone. Ku górze idzie tylko jedna tętnica i jedna żyła, które to naczynia poza brzegiem tarczy dzielą się na skroniowe i nosowe (Magnus). Ta część siatkówki, która się pomiędzy rozgałęzieniem stopnia pierwszego górnych żył skroniowych i nosowych znachodzi i dwa wycinki dna oka tworzy, jest ciemno czerwona, krwią podbiegnięta. Wycinek górny i wewnętrzny w obrazie odwrotnym, a więc w rzeczywistości położony pod plamką żółtą i obejmujący ją wielkim łukiem, jest ciemniejszy. Na wycinku górno wewnętrznym możnaby mniéj więcéj 8 do 10 tarcz nerwu wzrokowego umieścić, a na zewnętrznym 3 do 4, co w przybliżeniu daje wyobrażenie o ich wielkości. Ku obwodowi ciemno-czerwone zabarwienie ustępuje coraz bledszemu, a wreszcie na samym obwodzie można widzieć prawidłową naczyniówkę. Przy dokładném badaniu w obrazie prostym pokazuje się, że krwią podbiegnięte wycinki powstają z gromad mniejszych plam i punktów o rozmaitéj grubości, co ztąd wnosić można, że jedne są ciemniejsze a drugie jaśniejsze. Kształt ich jest rozmaity, okrągławy, nieregularny. Wreszcie można rozpoznać, że nie wszystkie plamki i punkta w téj saméj znajdują się płaszczyźnie, lecz częściowo się zasłaniają i przykrywają. Poza obszarami, które krwią podbiegły, można wykryć jeszcze kilka okrągławych wybroczyn, które na żyłach jak owoce na szypułkach wiszą. Tętnice są prawidłowe; wzdłuż żyły przebiegającéj (w obrazie odwrotnym) ku górze i wzdłuż jéj rozgałęzień widać dość szerokie białe smugi (*perivasculitis*); to samo, chociaż w niższym stopniu, wzdłuż żył dolnéj połowy dna oka. Tętnienie żyły wyraźne. Bystrość wzroku upośledzona do $^6/_{60}$ (palce) za pomocą — 1,25 D S $^6/_{36}$?; w pobliżu Nru 11 Jaegera z trudnością. Pole widzenia prawidłowe.

Na lewém oku astygmatyzm, zresztą dno oka prawidłowe. Za pomocą odpowiednich szkieł widzi S$^6/_{24}$? i czyta Nr. 5 Jaegera z trudnością. Chory, jak już wspomnieliśmy, tém okiem nigdy lepiéj nie widział. Zapewne skutkiem niezborności powstało niedowidzenie niższego stopnia.

Rozpoznanie opiewało: *Retinitis specifica haemorrhag. oc. d.* Zalecono *ung. ciner. 3,0* dziennie, pobyt w ciemnym pokoju, gorzką wodę, płukanie ust itd. Po siedmiu wcieraniach krew wessała się w tym stopniu, iż odcinek położony od plamki żółtéj stał się szarawo-czerwonym, wycinek zaś pod plamką żółtą położony podczas przyjęcia ciemno-czerwony, obecnie szaro-niebieskawo wyglądał. Najwięcéj krwi wessało się w środkowéj części obu wycinków; części te przedstawiały się teraz jakby jaśniejsze klinowate plamy na ciemném klinowatém dnie wycinków. Najwięcéj krwi pozostało przy brzegu pierwotnie krwią naciekłéj części siatkówki, a więc wzdłuż grubszych żył. Wybroczyny znajdujące się na obwodzie wessały się w tym krótkim czasie bez śladu. Naczynia teraz wyraźnie widzieć można było od ich wystąpienia na tarczy aż ku najdrobniejszym rozgałęzieniom na obwodzie. Tętnice były prawidłowe, żyły grubsze miernie pokręcone, wzdłuż nich widać, jak już wyżéj wspomnieliśmy, białe smugi. Żyły nie są poprzerywane lub miejscami zwężone, ani wreszcie nie przedstawiają się wzdłuż swojego przebiegu w postaci białych nitek. Chory czytał z łatwością Nr. 1 Jaegera, a za pomocą szkła wklęsłego (1 Dpt.) miał prawidłową bystrość wzroku (S $^6/_6$). Utraty w polu widzenia nie było. Gdy się chory przekonał, że dobrze widzi, oświadczył, iż nie chcąc stracić intratnéj posady fryzyjerskiéj jaką zajmuje, ma zamiar opuścić klinikę. Zalecono mu ciemne okulary i rozczyn jodku potasu do wewnętrznego użytku. Kilka miesięcy późniéj chory zgłosił się do kliniki. Bystrość wzroku była prawidłowa, pokręcenie żył bardzo nieznaczne, krew wessała się bez śladu, białych smug wzdłuż naczyń nie można było wykazać.

Wystąpienie wybroczyn w pewnych tylko wycinkach siatkówki, które napotykamy w przypadkach kiłowego zapalenia téjże, każe nam się zastanowić nad przyczyną tego zjawiska. Zapewne, że mikroskop przyczyniłby się najlepiéj do wyjaśnienia zmian patologicznych, jakie tu miejsce mieć muszą. Zważywszy jednak, że chorzy na kiłowe zapalenie siatkówki nie umierają, że zapewne długo czekać będziemy, zanim przypadek nagłéj śmierci z jakiéj innéj przyczyny dostarczy materyjału do badań drobnowidowych, nie od rzeczy będzie, jeżeli na podstawie znanych danych anatomicznych i opierając się przytém na spostrzeżeniach klinicznych zastanowimy się bliżéj nad przyczyną tych zmian.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Krytyczne uwagi nad dwoma pomyślnemi przypadkami trepanacyi czaszki.

Podał
Dr. Alfred Obaliński,
Docent Chirurgii w Uniw. Jagiell. i Prymaryjusz w szpitalu św. Łazarza.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

Mając więc tak ściśle wskazania przystąpiłem natychmiast do trepanacyi.

Po ogoleniu całéj głowy i dokładném oczyszczeniu mydłem i karbolem zachloroformowano chorego. Celem odsłonięcia kości ciemieniowéj lewéj wykonano trzy cięcia w prze-

biegu owych trzech promienisto się rozchodzących blizn, każde długości 4cm. Po odpreparowaniu skóry wraz z okostną widać w miejscu zagłębioném kawałek kości kształtu fasoli połączony z resztą kości za pomocą kostniny. Krążek kostny wielkości czterocentówki wypiłowano za pomocą trefiny i znaleziono na jego wewnętrznéj powierzchni nieznaczne wypuklenie odpowiadające owéj bliźnie kostnéj od zewnątrz jako zagłębienie się przedstawiającéj; żadnego zaś w głąb sterczącego odszczepu nie znaleziono.

Twardówka wejrzenia prawidłowego, nigdzie nienaruszona, przy dotyku nieznacznie chełbocze, nie tętni i wypukla się w otwór trepanacyjny. Już te dwa ostatnie objawy potwierdzały mi obecność płynu ograniczonego pod twardówką, jednak dla większéj pewności wykonano punkcyję eksploracyjną za pomocą strzykawki Pravaza lecz bezskutecznie; dopiero po kilkakrotném nakłóciu twardówki bisturem na 1cm. w głąb mózgu, pokazała się ciecz mętno-żółtawa, któréj po dokładném rozcięciu twardówki wypuszczono około łyżki wraz z resztkami zniszczonego mózgu. Jamę, która okazywała ściany gładkie i wielkość sporego orzecha włoskiego wypłukano tymolem (1 : 1000), włożono w nią dren, brzegi rany skórnéj zespojono szwami katgutowemi a na całą głowę założono opatrunek antyseptyczny karbolowy.

Chory czuje się po operacyi bardzo osłabionym; około godziny 5éj po południu popada w senność i bezprzytomność; ciepłota wieczorna 37,4° tętno 100.

15/6. Rano 39,4—84. Z powodu znacznego przesiąknięcia krwawo-surowiczego zmieniono opatrunek, przyczém ranę przepłukano roztworem tymolu przez dren. Chory tylko chwilami ocuca się z nieprzytomności. W. 38,6—92.

16/6. r. 38°—84. w. 38,6—100. Śpiączka trwa daléj; w nocy majaczenia.

17/6. z. 38,4—88, w. 39°—96. Do poprzednich przypadów przystąpiło jeszcze zatrzymanie moczu i dobrowolne oddawanie kału.

18/6. r. 38,4—92. w. 38,6—96. Chory przytomniejszy czuje się trochę lepiéj. Przykurczenie ręki, które było przedtém na kilka dni ustąpiło znów powróciło. Mocz znowu oddaje sam.

19/6. r. 38,4—96. w. 38,8—104. Zmieniono opatrunek, wydzieliny z rany bardzo mało. Chory przytomny, czuje się lepiéj, opowiada że głowa teraz zupełnie wolna, że nie ma tego bólu i gniecenia jak przedtém. Kontraktura ręki jeszcze wybitniejsza niż dawniéj. Ból w kolanie nogi porażonéj.

21/6. r. 38,4—108, w. 39,6—112. Z nowych przypadów zauważano, że kontraktura ręki ustępuje a natomiast na nodze porażonéj coraz wybitniéj się pojawia. Odleżyna na kości krzyżowéj po stronie porażonéj.

26/6. Ciepłota między 38,2 a 39,2. Opatrunek zmienia się co kilka dni; rana wygląda dobrze, wydziela mało. Po stronie porażonéj ciepłota o kilka dziesiętnych zawsze wyższa niż po stronie zdrowéj. Porażenie w twarzy już bardzo nieznaczne. Ręką i przedramieniem zaczyna wykonywać ruchy.

29/6. Od dzisiaj zaczyna ruszać i palcami u nogi. Ciepłota ciała zawsze utrzymuje się powyżéj 38°.

Odtąd stan chorego z każdym dniem się polepszał. Ruchy tak ręką jak i nogą wykonywa coraz lepiéj. W dniu 12go lipca usunięto opatrunek, gdyż rana się zupełnie zagoiła. Dnia 14go lipca przeniesiono chorego do szpitala św. Łazarza. Już na dzień przed przeniesieniem zaczął się chory skarżyć na bóle w lędźwiach, które w szpitalu jeszcze bardziéj się wzmogły i na nogę porażoną się rozszerzyły. Bańki w tém miejscu postawione sprawiły chwilową ulgę, lecz na drugi dzień wróciły bóle do dawnego natężenia, w którém trwały dni kilkanaście, poczém zaczęły słabnąć, aż wreszcie zupełnie ustąpiły. Odtąd zaczął G. siadać, późniéj stawać przy łóżku, aż w końcu chodzić o kulach. W dniu 22go sierpnia opuścił szpital z raną zupełnie zagojoną, umysłem swobodnym, zadowolony i wdzięczny; chodzić mógł nawet i bez laski, chociaż jeszcze nie bardzo pewnie.

Tak więc widzimy, że przez opróżnienie owego ogniska drogą operacyjną osiągnęliśmy stosunkowo w krótkim czasie powrót do zdrowia, wątpić bowiem należy, czy bez operacyi doszłoby do tego rezultatu nawet w dłuższym przeciągu czasu; nadto ustąpiły zaraz owe męczące bóle głowy, które kto wie czy nie były zapowiedzią rozszerzania się saméj sprawy a więc i możliwego niebezpieczeństwa, o którém już wyżéj wspominaliśmy.

Daléj przekonaliśmy się, że w obec ścisłéj antyseptyki nie budzi sam akt operacyjny tak znacznéj obawy, bo jakkolwiek odczyn był w obecnym przypadku dosyć znacznym, to jednak trzeba się tutaj liczyć z tém, że nie mieliśmy ze świeżym lecz starym przypadkiem do czynienia, że w jamie czaszkowéj nie da się oczyszczenie tak dokładnie przeprowadzić, jak to jest wskazaném w innych częściach ciała.

Czy ognisko owo było ropniem, lub téż rozmiękczeniem żółtém, trudno mi jest orzec nawet po naoczném przekonaniu się, chociaż ostatnie zdaje mi się być prawdopodobniejszém, raz, że nie znaleźliśmy czystéj ropy, lecz płyn mętnawy nie bardzo ciekły i ze strzępkami mózgu pomięszany, a powtóre, że i brak gorączki przed operacyją więcéj za przeobrażeniem żółtém przemawiać się zdaje.

Teraz wypada mi zastanowić się jeszcze nad niektóremi w niniejszym przypadku postrzeganemi objawami.

Przedewszystkiém nie było tu bezmówności pomimo, że obrażenie było po stronie lewéj, pochodzi to ztąd, że ognisko znachodziło się wysoko i więcéj za bruzdą środkową czyli Rolandową, więc téż tylko w części dotykało ośrodka dla nerwu twarzowego a wcale nie mogło wpływać na ośrodek mowy, który leży niżéj i więcéj ku przodowi od poprzedniego.

Daléj stwierdziliśmy tutaj spostrzeżenia Eulenberga i Landoisa poczynione na psach a poparte przez Hitziga, że w okolicy ośrodka ruchowego dla odnóg dolnych znachodzi się i ośrodek dla ciepłoty, którego zniszczenie sprawia podwyższenie się ciepłoty przeciwległéj połowy ciała. W naszym przypadku mieliśmy różnice od 0,2—0,6 dochodzące, które naturalnie ustąpiły po wyrównaniu się całéj sprawy.

Obok porażenia połowiczego zauważyliśmy także i przykurczenie mięśni a raczéj naprężenia tychże (*spasmus*). Objaw ten jest autorom od dawna znany i różnie był przez różnych tłumaczony. Bergmann w drugiém wydaniu swego dzieła o obrażeniach czaszki nie podaje nam żadnego wyjaśnienia, wspomina tylko o usiłowaniach Ferriera wytłumaczenia tego objawu przez drażnienie drogą włókien Flechsiga wprost od istoty korowéj do rdzenia dążących; jakotéż o teoryi Dureta, który stan ten od podrażnienia nerwów twardówki wywodzi. Wyznać muszę szczerze, że żadne z tych wyjaśnień mnie nie zadowala a przykurczenia stałe (*contracturae*), które Charcot wywodzi

od zwyrodnienia powrózków bocznych (*paralysis spinalis spastica* Erba), tu wcale miejsca nie mają, boć jak to w naszym przypadku najlepiéj widzimy, naprężenia owe mięśni z powrotem czynności członków zupełnie ustępują. Najwięcéj do mego przekonania przemawia wyjaśnienie, które dał Lion (w *Ztschrift f. klin. Med.*, II, 2) twierdząc, że skutkiem uszkodzenia drogi korowo-mięśniowe poniżéj miejsca uszkodzonego ulegają zwyrodnieniu, czego następstwem ma być popadnięcie komórek zwojowych przednich rogów w stan większéj pobudliwości i pobudzenia, z których pierwsza objawia się wzmocnionemi odruchami ścięgnistemi a ostatnie napięciem mięśni i ich przykurczeniem. Włókna nerwowe przychodzące od ośrodków psychomotorycznych kory mózgowéj uważać należy za hamujące, gdy więc ich działalność zostanie usuniętą przez zniszczenie ośrodka, natenczas ośrodki odruchowe biorą przewagę i sprowadzają owo napięcie mięśni. Że podczas narkozy chloroformowéj objaw ten ginie, jak to miało miejsce i w naszym przypadku, okoliczność ta témbardziéj za tą teoryją przemawia, albowiem wiadomą jest rzeczą, że chloroform niszczy czynność odruchową. Jeszcze jeden szczegół za takiém tłumaczeniem przemawia, mianowicie ten, że tylko ogniska w saméj korze mózgowéj usadowione ten objaw za sobą pociągają, nie zaś takie, których siedzibą jest okolica między lub w samych głównych zwojach mózgowych (*corp. striatum* itd.) podczas gdy kora mózgowa pozostała nienaruszoną. Pochodzi to ztąd, że w drugim razie pozostają jeszcze włókna Flechsiga, nie przez owe zwoje lecz wprost od kory mózgowéj do rdzenia zdążające, i te to włókna mogą działać na zwoje odruchowe jako hamulec. Bergmann wiedział o tym doniosłym fakcie, tylko nie umiał sobie tego wytłumaczyć, jak o tém jego własne słowa świadczą: *Wie nun auch die Thatsache gedeutet werden mag, sie ist an sich für die Diagnose wichtig, um so wichtiger, als den Hemiplegieen durch Blutergüsse in und um das Corpus striatum diese frühzeitige Starre gewöhnlich fehlt.* Teoryja ta tłumaczy nam także, dla czego wraz z powrotem ruchów i owe stężenia ustają. (Dok. nast.)

III. O wycinaniu odźwiernika.

Wykład kliniczny.

Podał **Dr. Rydygier.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Wycięcia odźwiernika we wrzodzie żołądka.

22) Rydygier (Przegl. Lek. 1881, Nr. 50 i *Berl. klin. Wochenschrift* 1882, Nr. 3).—Kobieta l. 30.—Operowana 21 listopada 1881. — Wskazanie: Wrzód zwężający światło odźwiernika znajdujący się na tylnéj jego ścianie. — Cięcie w smudze białéj poniżéj i powyżéj pępka 10 cm. długie. — Na żołądek założyłem swoje elastyczne uciskadła, z dwunastnicy musiałem je zdjąć dla osobliwszych miejscowych przyczyn (cfr. l. c.)—Długość wyciętego kawałka w środku $1\frac{1}{2}$ cm., w tyle 5 cm. Zrosty z trzustką, z któréj część musiałem też wyciąć.—Wyrównanie różnicy świateł przez płatowe wycięcie tylnéj ściany dwunastnicy. — 32 wewnętrznych, a 29 zewnętrznych szwów Czernego; tylny rząd wewnętrznych od wewnątrz zakładałem i na wewnątrz wiązałem. — Szyto katgutem. — Operacyja trwała $3\frac{1}{2}$ godziny. — Przebieg pomyślny. Dnia 6go pierwszy stolec. Wyzdrowienie w 20 dni po operacyi. Po 7 miesiącach chora bardzo dobrze odżywiona jest w 5 miesiącu ciąży.

23) Lauenstein (*Centralblatt f. Chirurgie* 1882, Nr. 9).—Kobieta l. 34.—Operowana 3 stycznia 1882. —Wskazanie: Guz wielkości pięści, który początkowo uważano za raka, późniéj okazało się, iż były to zgrubienia bliznowate i zrosty.— Cięcie w smudze białéj. — Tymczasowa podwiązka na dwunastnicy, a ucisk ręczny na żołądek po otworzeniu tegoż przy odźwierniku i wypłukaniu.—Długość wyciętego kawałka przy wielkiéj krzywiźnie 15 cm., przy małéj 10 cm. Znaczne zrosty tylnéj ściany z więzadłem żołądko-okrężnicowém.—Wyrównanie różnicy świateł przez szew zwężający górną część światła żołądkowego. Dwunastnicę przyszyto do wielkiéj krzywizny. — 13 szwów zwężających, łączących. Szew błony śluzowéj i szew Czernego, którego wewnętrzny rząd na tylnéj ścianie od wewnątrz zakładano.—Szyto katgutem Kochera —Operacyja trwała 5 godzin.—Przebieg w pierwszych 6 dniach pomyślny; potem bóle w żywocie; ciepłota i ilość tętna się wzmaga. Śmierć 7go dnia po operacyi. Badanie zwłok: Gangrena okrężnicy poprzecznéj.

Dodatek II.

Krótki opis częściowych wycięć trzustki dokonanych na psach.

1) Doświadczenie. Dnia 28 lutego rb. operowaliśmy małą czarną suczkę, któréj przed kilku miesiącami wycięliśmy odźwiernik. Ściśle przestrzegaliśmy sposobu Listera tak w tym przypadku jako i w następujących; zaniechaliśmy tylko sprayu.

Cięcie brzuszne zrobiliśmy w smudze białéj około 7 cm. długie; obrąbienie otrzewny do brzegów rany brzusznéj. Pęcherz żółciowy i wątroba zrośnięte z blizną żołądko-dwunastnicową; wydobycie trzustki utrudnione. Wycięliśmy kawałek z całéj jéj grubości 2 cm. długi, podwiązawszy poprzednio po stronach tegoż trzustkę jedwabiem. Resztę trzustki pozostawionéj ugniotliśmy na kilku miejscach kleszczykami. Zaszycie jamy brzusznéj; opatrunek jodoformowo-listerowski. Dnia 9 marca znaleźliśmy psa nieżywego. Rana ścian brzusznych zupełnie zlepiona z wyjątkiem górnego kąta; zapalenie otrzewny posocznicze; zrosty liczne pętli jelitowych; w okolicy trzustki wszystkie części zgniłe i posoką przesiąknięte; płyn posokowaty w jamie brzusznéj.

2) Doświadczenie. Dnia 3 marca rb. operowaliśmy pstrego psa średniéj wielkości. Cięcie brzuszne w smudze białéj. Wycięcie odźwiernika zwyczajnym sposobem; do wewnętrznego rzędu szwów użyliśmy szwu kuśnierskiego, do zewnętrznego szwu Madelunga. Prócz tego wycięcie kawałka trzustki z całéj grubości 4 cm. długiego po poprzedniém obustronném podwiązaniu; pozostawione części trzustki tak samo ugniecono, jak w poprzedniém doświadczeniu. Zeszycie rany brzusznéj; opatrunek. Na drugi dzień w południe pies nie żyje. Wieczorem zrobiliśmy obdukcyję: Przyczyną śmierci i w tym przypadku zapalenie otrzewny posokowate; szew żołądko-dwunastnicowy zupełnie szczelnie łączy odcinki; zresztą stan podobny, jak w poprzedniém doświadczeniu, tylko zgnilizna jeszcze tak daleko się nie posunęła.

3) Doświadczenie. Dnia 8 marca rb. wycinamy suczce odźwiernik z wielkim kawałkiem dwunastnicy razem z kawałkiem od głowy trzustki, ale nie przez całą grubość; pozostawione części trzustki umyślnie ugniatamy kleszczykami. Pies żyje.

4) Doświadczenie. Wycięty kawał trzustki częściowo zmiażdżony, który podczas operacyi leżał w karbolu, przeszczepiamy w jamę brzuszną wielkiemu żółtemu psu. Pies wcale nie choruje i żyje dotychczas.

5) Doświadczenie. Dnia 26 kwietnia rb. podwięzu-

jemy żółtemu średniéj wielkości psu małą część głowy trzustki i ugniatamy ją kleszczykami, ale nie odcinamy, daléj wycinamy ze środka gruczołu przez całą jego grubość kawałek $2\frac{1}{2}$ cm. długi w sposób używany przy poprzednich doświadczeniach, nadto i resztę pozostawionéj trzustki ugniatamy kleszczykami, w kilku miejscach. Pies zdechł 3 dnia po operacyi. Przyczyna śmierci: zapalenie otrzewny posokowate; zresztą stan podobny do stanu w 1 i 2 doświadczeniu.

6) Doświadczenie. Wycięty i pognieciony kawałek przeszczepiamy temu samemu psu, któregośmy użyli do 4go doświadczenia, do jamy brzusznéj pod wątrobę bez poprzedniego obmycia kwasem karbolowym. Pies pozostaje zupełnie zdrowym.

7) Doświadczenie. Dnia 20 maja wycinamy siwemu psu kawał trzustki ze środka gruczołu 5 cm. długi z całéj grubości. Pozostawionych części nie ugniatamy. Nadto przeszczepiamy część co dopiero wyciętego kawałka trzustki temuż psu do jamy brzusznéj.

Po 4 dniach pies zdycha z zapalenia otrzewny posokowatego. W jamie brzusznéj średnia ilość posoki;je lita niepołyskujące, przekrwione, pokryte włóknikiem; okolica trzustki zgniła, przesiąknięta gęstą ropą; gęsta ropa także w wielkiéj sieci; wszystko pod palcami się rozrywa.

8) Doświadczenie. Wielkiéj, ciemno-żółtéj suce wycinamy ze środka trzustki przez całą jéj grubość kawałek 8 cm. długi; pozostawionych części nie ugniatamy. Pies kilka dni choruje, potém atoli przychodzi powoli do siebie i żyje. Dnia 18 lipca rb. zabijamy sukę, żeby zbadać stan naokoło wyciętego miejsca. Kilka pętli jelit ze sobą zlepionych; w miejscu wyciętego kawałka blizna; część ogonowa trzustki grubo-ziarnista, jakby zanikła.

9) Doświadczenie. Dnia 20 czerwca rb. podwiązujemy i wycinamy małéj czarnéj suczce 2 małe kawałki od głowy trzustki. Pies potém wcale nie choruje i pozostaje przy życiu.

10) Doświadczenie. Dnia 15 lipca rb. wycinamy średniemu, pstremu psu kawał z trzustki 6 cm. długi z całéj grubości średniéj części gruczołu. Postępowanie jak zwykle, pozostawionych części nie ugniatamy.

Szóstego dnia po operacyi zabijamy psa, żeby się przekonać o stanie naokoło wyciętego kawałka w tym okresie leczenia. Spisujemy następujący wywód oględzin: Rana brzuszna niemal zupełnie zagojona, sieć z nią zrośnięta. W jamie brzusznéj kilka łyżek stołowych mętnego, surowiczo-krwawego płynu; otrzewna jelit bez połysku; w miejscu wycięcia ropień napełniony kilku kroplami gęstawéj ropy, w któréj pływają podwiązki jedwabne; zresztą trzustka niezmieniona znacznie.

11) Doświadczenie. Tegoż samego dnia operuje kol. asystent Dr. Alkiewicz małą czarną suczkę w ten sam sposób, jak w poprzedniém doświadczeniu. 6go dnia po operacyi zabijamy i tego psa i znajdujemy stan zupełnie podobny do poprzedniego, tylko w tym przypadku nagromadziło się mniéj płynu. Przednią, resp. górną, ścianę ropnia tworzy dolna powierzchnia prawego płatu wątroby; w tém miejscu nastąpił rozpad tkanki wątroby.

IV. Oceny i sprawozdania.

Beiträge zur Biologie als Festgabe dem Anatomen und Physiologen Th. L. W. von Bischoff zum 50-jährigen medizinischen Doctorjubiläum gewidmet von seinen Schülern. Stuttgart. 1882, 349, str. 13, t. 8 drzeworyt.

(Dokończenie. Patrz Nr. 41).

Prof. J. Bauer (Monachijum): O odróżnieniu zapalenia płuc krupowego od miąższowego. Pierwszy Babel wystąpił ze zdaniem, że zapalenie płuc które poprzedza tak zwaną *Phthisis florida*, nigdy nie jest, w ścisłém tego słowa znaczeniu, *Pneumonia crouposa*, lecz tylko *desquammativa* lub *parenchymatosa*. *Pneumonia desquammativa lobularis acuta* może przebiegać wśród tych samych objawów jak krupowa, przy sekcyi jednak rozpoznanie jest łatwém. Czyż więc nie ma sposobu odróżnienia za życia *Pneumonia crouposa* od *desquammativa*? Według Buhla głównym, a może jedynym, momentem odróżniającym te dwie choroby jest obraz drobnowidowy plwocin, — albowiem tylko w *Pneumonia desquammativa* znajduje się tak licznie przybłonek z pęcherzyków płucnych, ropy zaś, śluzu i włóknika brak. Czém choroba trwa dłużéj, tém więcéj, zdaniem Buhla, występuje zwyrodnienie tłuszczowe i nagromadzenie barwika w komórkach przybłonkowych, tém więcéj także ukazuje się zwyrodnienie myelinowe. Jako dalszą oznakę przytacza Buhl rozplemianie się jąder i występowanie młodych komórek, z czego wnosi, że tu ma miejsce bujanie komórek. Te jednak oznaki, podane przez Buhla, nie mogą być zawsze rozstrzygającemi. Dla tego Bauer podaje jeszcze następujące spostrzeżenia, mogące posłużyć do rozróżnienia obu stanów. W zapaleniach płuc, dających początek suchotom, nie widać zazwyczaj téj typowości odpowiedniéj zapaleniu płuc dławcowemu. Zazwyczaj widocznemi są pewne zboczenia od przebiegu normalnego. Daléj wypełnienie pęcherzyków, zagęszczenie miąższu płuca aż do zupełnego braku powietrza, odbywa się tutaj o wiele wolniéj niż w zapaleniu dławcowém, stłumienie po nad częścią zapaleniem dotkniętą o wiele wolniéj się wzmaga, a szczególniéj liczne rzężenia trzeszczące utrzymują się długi czas (kilka tygodni) w jednakowym stopniu, zanim w tém miejscu wystąpi oddech oskrzelowy. Trzeszczenie to trwa (szczególniéj *crepitatio ind.*) w zapaleniu dławcowém zwykle tylko czas krótki. Dłużéj się utrzymuje w téj ostatniéj — tylko w *stadium resolutionis*, ale go tutaj łatwo już odróżnić, porównywając cały kompleks objawów chorobowych. Obok obfitych trzeszczeń można słyszeć także drobno- i średniobańkowe rzężenia, a jeżeli zgęszczenie miąższu daléj postąpiło, występuje to, co Jürgensen nazywa *cirrhotisches Knacken*.

Po przytoczeniu zajmującéj historyi choroby dochodzi autor do wniosku, że się zdarzają ostre zapalenia płuc przechodzące w induracyę lub zserowacenie, wywołujące objawy podobne do zapalenia płuc krupowego, które jednak zawsze już dość wcześnie odróżniają się mniéj lub więcéj wybitnemi objawami od tego ostatniego. Wypocina krupowa nigdy nie potrzebuje tygodnia do ukończenia hepatyzacyi, to więc odróżnia zapalenie krupowe od miąższowego. Inaczéj się rzecz ma z wessaniem w zapaleniu krupowém, które może trwać długo (Leyden). Zawsze jednak pozostawia nacieki płucne, kończące się stwardnieniem i zserowaceniem, we wczesnych swych okresach nader trudnemi do rozpoznania. Również nie zawsze można odróżnić zapalenie krupowe z przebiegiem nieregularnym lub zwolna postępującém wessaniem od zapalenia miąższowego. W końcu należy zwrócić uwagę, że zapalenie krupowe wydarza się także w suchotach płucnych, i że tym sposobem przyspiesza dalsze rozszerzanie się téj choroby (od str. 264 do 270).

Prof. O. Bollinger (Monachijum): O dziedziczności chorób. Bollingera rozprawa daje się streścić w następujących słowach: 1) Dziedziczność różnych procesów chorobowych jest całkiem podobną do dziedziczności

fizyjologicznéj własności budowy i czynności. 2) Pomiędzy chorobami dziedzicznemi zajmują pierwsze miejsce choroby ogólne, sprawy patologiczne, dotyczące całego ustroju: gruźlica, kiła, usposobienie newropatyczne. Im choroby te głębiéj są zakorzenione u jednego z rodziców, tém pewniejszém jest, że je odziedziczą potomkowie. Choroby zakaźne mogą w znacznéj części przejść z matki na płód (*conceptionelle und intrauterine Uebertragung*). Z chorób pojedyńczych narządów najwięcéj dziedzicznemi są *haemophilia* i barwoślep. Obydwie te choroby są według zasady dziedziczne z ominięciem osób płci żeńskiéj. 3) W wielu przypadkach występuje dziedziczność tylko częściowa. Choroby pewne dziedziczne rodziców są przyczyną u potomków tylko pewnych innych, od pierwotnéj choroby różnych, zboczeń ogólnych np. słabowitéj, delikatnéj konstytucyi, anemii, zołzów, drażliwości nerwowéj itp. 4) Stan chorobowy przejściowy, z wyjątkiem alkoholizmu, jest w czasie płodzenia bez szczególniejszego wpływu na potomstwo. Alkoholizm, tak ostry jak chroniczny, jest często powodem zboczeń dziedzicznych w sferze narządu nerwowego. 5) Dziedziczność chorób jest albo pośrednia albo bezpośrednia. W bezpośredniéj dzieci odziedziczają tę samą chorobę co rodzice, w pośredniéj zaś przenoszą rodzice zdrowi, z rodzin chorobami dziedzicznemi dotkniętych, choroby swych przodków na swoje dzieci (*Atavismus*). Dziedziczność pośrednia jest w niektórych chorobach typową i prawie regułą (*Haemophilia, Daltonismus*). Choroby te omijają czasem parę pokoleń (3—4). 6) Wpływ matki na dziedziczność jest o wiele ważniejszym i gorszym. 7) Napotyka się ludzi i zwierzęta, które, na pozór zdrowe, płodzą dzieci z chorobami wrodzonemi. Przyczyną tego jest atawizm, lub właściwe jakieś zboczenie w narządach rodnych. 8) Choroby nabyte mogą się stać, choć rzadko, dziedzicznemi. 9) Przy rozstrzyganiu o dziedziczności jakiegoś cierpienia należy granice dziedziczności ustanowić jak najobszerniejszemi. Tego się często niesłusznie w praktyce lekarskiéj nie uwzględnia. Należy tutaj uwzględniać nietylko wpływ rodziców, dziadów, choroby rodzeństwa, ale także choroby krewnych na kilka pokoleń wstecz. 10) Małżeństwa pomiędzy krewnymi są bez wpływu ujemnego na potomków, jeżeli oboje rodzice są zdrowi. Przy usposobieniu chorobowém jednego z nich małżeństwa takie są szkodliwe i bardzo często są powodem dziedziczności chorób (od str. 271 do 294). *Dr. Kopff.*

Martin: **Drenowanie po operacyjach na otrzewnie.**

Jak w ogóle w chirurgii tak i co do operacyj w jamie brzusznéj z zaprowadzeniem postępowania przeciwgnilnego znaczne zaszły zmiany. Operacyje te zaczęto wykonywać bez porównania częściéj niż poprzednio i coraz nowsze podawano środki w celu polepszenia wyników. Jedną z takich nowości było zapobiegawcze drenowanie jamy brzusznéj po owaryjotomijach, wprowadzone przez Simsa w r. 1872. Postępowanie to zjednało sobie z początku bardzo licznych zwolenników, wkrótce jednak przekonano się, że nadzieje świetnych wyników nie ziściły się, a jeden z najgorliwszych zwolenników nowego postępowania Olshausen stał się wnet największym przeciwnikiem nowéj metody, która też wkrótce poszła w zapomnienie. Dopiero Bardenheuer w r. 1879 polecił ją na nowo opierając się na przypuszczeniu, zresztą niczém nieudowodnionėm, że otrzewna, zwłaszcza po mocném podrażnieniu jéj śród operacyi, posiada ograniczoną tylko zdolność wsysania wydzielin powstałych właśnie z powodu owego zadrażnienia, że więc po każdéj operacyi musi się w jamie brzusznéj nagromadzić wydzielina, którą należy odprowadzić na zewnątrz, a do tego ma właśnie służyć dren zapobiegawczy. Tymczasem doświadczenia Wegnera, powtórzone przez Ponficka, wykazują bardzo dobitnie wielką zdolność otrzewny do wsysania płynów a spostrzeżenia kliniczne potwierdzają to samo. Zdarzają się bowiem dość często przypadki, że torbiel jajnikowy pęka do jamy brzusznéj, a ciecz wylana ulega wessaniu bez żadnych zboczeń organizmu, po operacyjach w jamie brzusznéj zostawiamy bardzo często mniéj lub więcéj obfitą ilość cieczy surowiczo-krwawéj, która również, przy pomyślnym zresztą przebiegu, ulega szybko wessaniu. Martin opisuje kilka przypadków, w których podczas operacyi wylała się do jamy brzusznéj treść ropna, nawet nieco cuchnąca, z pękniętego torbiela jajnikowego lub z trąbki, a przecie po dokładném obmyciu otrzewny kwasem karbolowym nie przyszło do rozlanego zapalenia otrzewny.

Zdanie zatém Bardenheuera o drażliwości téj błony i ograniczonéj jéj sile wsysania nie zgadza się z doświadczeniem kliniczném.

Zapobiegawcze drenowanie jamy brzusznéj uważa Martin za zbyteczne, nawet gdy po operacyi zostawić musimy miejsca ranne, niedające się pokryć otrzewną. Zważyć bowiem należy, że wielka zachodzi różnica między głębokiemi zatokowatemi ranami w częściach miękkich a ranami wśród jamy brzusznéj. Tam bez drenowania musi przyjść prawie zawsze do niebezpiecznéj zastoiny wydzieliu, tu zaś mamy do czynienia z wielką powierzchnią zdrowéj otrzewny, która wsysa wydzielinę z rany, tak że zatrzymania jéj nie mamy potrzeby się obawiać, naturalnie jeżeliśmy przy saméj operacyi nie wprowadzili do jamy brzusznéj zarodków gnilnych. Zapobiegawcze drenowanie jamy brzusznéj przyjmuje więc Martin tylko w dwóch przypadkach. Po pierwsze jeżeli po operacyi zostanie jama zatokowata, zwłaszcza stojąca w połączeniu z jamą brzuszną, w któréj zmuszeni jesteśmy pozostawić tyle części ulegających łatwo gniciu, że jednorazowe opłukanie ich kwasem karbolowym uznać musimy już z góry za niedostateczne do powstrzymania w nich procesów gnilnych. Przypadek taki ma np. miejsce po operacyi ciąży zamacicznéj. W takich razach przeprowadza Martin dren od najniższéj części wspomnianéj jamy do pochwy, do któréj następnie wkłada tampon z waty salicylowéj. Następnie przestrzykuje pochwę codzień $1\frac{1}{2}\%$ rozczynem karbolu, jamę zaś samą wypłukuje M. przez dren tylko wtedy, gdy wydzielina zaczyna cuchnąć lub ogólne objawy jak dreszczyki i podwyższenie ciepłoty zmuszają do tego. Przepłukiwanie jam, zostających w połączeniu z otrzewną, uważa M. za niebezpieczne. Po upływie 5—6 dni dren sam wypada a z końcem 2go tygodnia jama brzuszna ma być już zawsze zamknięta.

W ostatnich 5 przypadkach używał M. jodoformu do wypełniania jamy rannéj i tamponowania pochwy, występujące jednak objawy zatrucia skłoniły go do zaniechania tego postępowania. (Zapewne do wypełniania jamy używano dużéj, zatém zbytecznéj, ilości jodoformu).

Powtóre używa M. zapobiegawczego drenowania w przypadkach wycięcia macicy przez pochwę, zatém gdy po operacyi musi pozostać połączenie otrzewny z pochwą choćby tylko przez nitki szwów. Tworzenie siatki nad wejściem do miednicy z nitek katgutowych, na któréj mają spoczywać jelita, jak to polecał Bardenheuer, uważa M. za niepraktyczne i niebezpieczne.

Co się tyczy drenowania następowego, tj. w okresie gdy w jamie brzusznéj nagromadzi się już wydzielina szko-

dliwa, to nie ulega wątpliwości, że postępowanie to jest bardzo racyjonalne, boć nic prostszego jak oddalić wydzielinę, jeżeli ona jest powodem groźnych objawów. Niestety postępowanie to bardzo rzadko uwieńczone bywa dobrym skutkiem; nie mamy bowiem pewnych objawów, któreby ostrzegały lekarza zaraz z początku o gromadzeniu się szkodliwéj wydzieliny, przychodzimy więc z pomocą zwykle zapóżno, a nadto dokładne drenowanie jamy brzusznéj z powodu licznych bardzo zaułków jest prawie niemożebne, a już odrobina pozostałéj gnijącéj wydzieliny wystarcza do wywołania śmiertelnego zejścia. (*Samml. klin. Vorträge* Nr. 219).

Dr. Schramm.

Wiadomosci pomniejsze.

(L. K.) A. Wernich, robił doświadczenia, czyby nie można kwasu siarkowego, dotąd powszechnie do dezinfekcyi używanego, zastąpić **bromem**. Wiadomo bowiem, że naczelny Urząd zdrowia państwa niemieckiego uznał, że kwas siarkowy wcale nie jest środkiem dezinfekcyjnym, któremuby pod każdym względem zaufać można. Urząd zdrowia powyższy zalecił wodę bromową. Autor sądzi jednak, że brom z wody bromowéj zanadto wolno się ulatnia, aby był w stanie rozwinąć w dostatecznéj sile własności dezinfekcyjne. Autor zaleca więc użycie miałkiéj krzemionki napojonéj bromem. Jedna objętość krzemionki potrzebuje do kompletnego napojenia 7 objętości bromu. Jeżeli naczynie środkiem tym wypełnione ustawi się gdzie wysoko, to pary bromu, będące gatunkowo cięższe, jednakowo się rozdzielają po przestrzeni, którą się poddaje dezinfekcyi. Autor robił daléj spostrzeżenia nad działaniem tego środka i sposobu dezinfekcyi na nitkach jedwabnych, napojonych płynem z prątkami wąglika, a poukładanych w różném oddaleniu od naczynia, z którego wywiązywały się pary bromu. Nitkami temi zatruwano następnie króliki. Tym sposobem autor przychodzi do wniosku, że do dezinfekcyi większych przestrzeni potrzeba koniecznie kilku naczyń, z którychby się wywiązywały pary bromu w powyższy sposób; daléj oblicza, że na każdy sześcienny metr powietrza potrzeba 4 grm. bromu w postaci pary, aby sprawić zupełną dezinfekcyję. (*Deutsche med. Wochenschrift.* N. 16. 1882).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie nadzwyczajne z d. 26 kwietnia 1882.
Przewodniczący: kol. doc. Jordan. Członków obecnych 17.

Wybrano jednomyślnie na Członka honorowego Towarzystwa prof. Dra Arlta we Wiedniu. *Dr. Jan Rosner.*

Posiedzenie IX z d. 10 maja 1882.
Przewodniczący kol. doc. Jordan. Członków obecnych 23.

1) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że wysłał przedstawienie w sprawie Izb lekarskich na ręce Prezesa Koła polskiego p. Grocholskiego, a następnie że kol. Zarewicz zbierać będzie składki na portret śp. prof. Kozubowskiego.

2) Dr. Machek mówił o wartości leczniczéj jodoformu w chorobach ocznych.

Naprzód wspomina, iż Ravà pierwszy stósował jodoform w okulistyce i ogłosił swoje spostrzeżenia we włoskich rocznikach okulistycznych (1879). Drugim był Brettauer z Tryjestu, który wynik swoich badań odczytał na ostatnim Zjeździe okulistów w Heidelbergu. Do zastósowania jodoformu skłonił go następujący przypadek: u dziewczynki trzyletniéj, któréj siostra zmarła z gruźliczego zapalenia opon mózgowych, wystąpił na oku lewém, w miejscu odpowiadającém przyczepieniu się mięśnia prostego dolnego, mały nowotwór, który się, chociaż nieznacznie, powiększał. Po pewnym czasie rozpoznał Brettauer gruźlicę pierwotną spojówki gałkowéj. Nowotwór odcięto nożykiem Graefego, brzegi ranki wypalono i założono opaskę borową. Po tygodniu nastąpiła recydywa. Odtąd Brettauer codziennie pokrywał wzrastający nowotwór warstwą kryształków jodoformowych. Kierował się w tym przypadku zdaniem chirurgów, którzy, jak Mosetig, przyznają jodoformowi swoistą skuteczność w przypadkach wrzodów gruźliczych. Oko lek bardzo dobrze znosiło, wydzielina nieżytowa ustąpiła, nowotwór się zmniejszał, a we trzy miesiące nie było już śladu nowotworu. Gdy się Brettauer przekonał, że oko dobrze jodoform znosi, stósował lek także w innych chorobach oczu, tak w jednym przypadku łuszczki, w którym inne środki bez skutku pozostały. W tym przypadku po sześciotygodniowém zasypywaniu jodoformu bystrość wzroku się poprawiła z $^1/_{120}$ na $^1/_{20}$. Daléj stósował z dobrym skutkiem lek powyższy w przypadkach ostrych granulacyj z brakiem przybłonka na rogówce i w dwóch przypadkach zaciemnień rogówki (*sclerosirende interstitiale Keratitis*). Opierając się na tych doświadczeniach, twierdził Brettauer, że oko dobrze znosi jodoform w przypadkach chorób spojówki i rogówki, że zmniejsza ilość wydzieliny, że przyczynia się do wessania granulacyj, i że wreszcie wyjaśnia zaciemnienia rogówki.

W dyskusyi nad rozprawą Brettauera podał prof. Horner z Zurychu, że stósował jodoform w przypadkach gruźlicy spojówki ze skutkiem dobrym również jak i w przypadkach *Trachoma folliculare*, jak według wszelkiego prawdopodobieństwa nazywa przewlekły nieżyt spojówki z obrzmiałemi mieszkami, a więc *Conjunctivitis follicularis* Saemischa. Prof. Leber zaś podał, że asystent jego Dr. Deutschmann stósował lek w przypadkach *Keratitis cum hypopyo*, a Dr. Haase w przypadkach śluzoropotoku woreczka łzowego. Po przecięciu tegoż wprowadzał Haase jodoform do ranki i spostrzegał, że skutkiem tego ilość wydzieliny ropnéj się zmniejsza co przyspiesza wyleczenie.

Na Zjeździe okulistów w Heidelbergu wykładał prof. Sattler z Erlangi o przyczynie zapalenia jaglicowego, a wykład tegoż, chociaż nie wprost, pozostaje jednakże w ścisłym związku z doświadczeniami naszemi. Sattler wykazał, iż zapalenie jaglicowe powstaje skutkiem mikrokoków, które mieszkają w mieszkach i ziarnach jaglicowych lub w otoczeniu tychże. Szczepiącemu ciecze, w których mikrokoki hodował, udawało się niejako syntetycznie wywołać u człowieka zapalenie jaglicowe. W obec wyniku tych badań, które wskazywały, iż ustroje są przyczyną jaglicy, nasuwała się myśl, iż zadaniem leczenia zapalenia jaglicowego, nie może być jedynie drażnienie, celem sprowadzenia wessania, ale także działanie antyseptyczne, a tu się myśl spotkała znowu z jodoformem. O innych pracach dotyczących zastósowania jodoformu w okulistyce, a mianowicie Pajsderskiego, ucznia prof. Schirmera i Hirschberga, który spostrzegał niedoślep po zatruciu jodoformem (*Intoxicationsamblyopie*), wspominam tylko dla uzupełnienia całości; są to zresztą prace już późniejszéj daty niż nasze spostrzeżenia, w których nie ma ważniejszych wskazówek dotyczących zastósowania tego leku.

Z początkiem półrocza zimowego polecił prof. Rydel, aby stósować jodoform w klinice ruchoméj w odpowiednich przypadkach. Stósowałem lek ten w rozmaitych przypadkach chorób spojówkowych, rogówkowych i w chorobach woreczka łzowego. Do miesiąca grudnia wyrobiłem sobie przekonanie, że chorzy jodoform w przypadkach świeżéj jaglicy dobrze znoszą, że przyostre przypady ustępują, że chorzy dnia następnego czują ulgę, że natomiast chorzy cierpiący na nieżyt, na śluzoropotok przewlekły, na jaglicę w okresie zbliznowacenia (*stadium cicatrisationis Saemischa*) żadnéj ulgi nie spostrzegają. Odtąd pojedyncze przypadki dokładnie notowano i z należytą ścisłością obserwowano. Z większéj ilości przypadków przytoczymy cztery historyje chorób, dwie pierwsze dotyczą zapalenia jaglicowego, trzecia wrzodu rogówkowego z nagromadzeniem ropy w przodkowéj komorce; czwarta zaś śluzoropotoku woreczka łzowego. Chorych cierpiących na zapalenie jaglicowe a leczonych jodoformem prelegent zgromadzonym przedstawił.

1) J. W., lat 16, zgłosiła się 12 grudnia 1881 do kliniki ruchoméj. Rozpoznano *Trachoma cum panno oc. utr.* Na spojówce powiek górnych widać wielką ilość ziarn jaglicowych mających 2—3 mm. w średnicy, blizko obok siebie poustawianych; na dolnych powiekach są także ziarna jaglicowe. lecz jest ich mniéj i są mniejsze. Widać je także na spojówce gałkowéj od góry. Górny brzeg rogówek zajmuje wał z ziarn jaglicowych blado-różowego koloru, naczynia spojówki gałkowéj przechodzą od góry na rogówkę, która od góry jest zaćmioną, chropowatą. Zaćmienie od góry wchodzi w obręb źrenicy. Pr. o. $S^6/_{60}$, Jg. Nr. 12; L. o. $S^6/_{36}$, Jaeg. Nr. 7. Zasypywano miałki proszek jodoformowy. Kilka razy przerywano leczenie, w części skutkiem objawów zadrażnienia, bólu, łzawienia, nastrzykania, w części zaś dlatego że chora nie przychodziła do kliniki. Stan oczu w dniu 9 maja był następujący: Na górnych powiekach blizny i drobne ziarna jaglicowe, naczynia rzęskowe od góry lekko nastrzykane, rogówka od góry w obu oczach chropowata; oprócz tego wykazać można większe zagłębienia, dołki, które odpowiadają większym gromadkom ziarn jaglicowych, które się wessały. Naczynia spojówkowe przechodzą na rogówkę, lecz nie dochodzą do téj części rogówki, która odpowiada brzegowi źrenicznemu. Wziernikiem można wykazać nierówności na powierzchni rogówki. Prawém i lewém okiem czyta $^6/_{12}$ z wyjątkiem dwóch liter i Nr. 1 Jaegera, chociaż nie bez trudności. Jeżeli dla porównania zestawimy bystrość wzroku w dniu 12 grudnia z bystrością wzroku w dniu 9 maja, to się pokazuje, iż się poprawiła z $^1/_{10}$ na $^5/_{10}$ na obu oczach

2) Benedykt Kostek, przyjęty do kliniki stałéj 24 stycznia z zapaleniem jaglicowém powiek z łuszczką. Na spojówce górnych powiek w rzędach poustawiane, blado-żółte ziarna jaglicowe. Naczynia rzęskowe nastrzykane. Przy górnym brzegu rogówki wał z ziarn jaglicowych. Powierzchnia rogówki nierówna, ćma, naczynia przechodzące ze spojówki gałkowéj na rogówkę rozgałęziają się na téjże drzewkowato. Krzywizna prawéj rogówki prawidłowa, lewa rogówka lekko wypuklona (*Keratectesia ex panno*). Prawém okiem liczy palce na półtora metra ($S^1/_{40}$) czyta Jaegera Nr. 19, lewém okiem liczy palce na $^3/_4$ metra ($S^1/_{80}$) czyta Jaegera Nr. 22. W klinice stałéj zasypywano choremu codziennie jodoform miałko sproszkowany. Dnia 9 maja był stan oczu następujący: Na spojówce górnych powiek tu i owdzie drobne ziarna jaglicowe, brodawki mocno przerosłe, rogówki się znacznie wyjaśniły, naczynia spojówkowe, które przechodzą na rogówkę, cieniutkie, powierzchnia rogówki dość gładka, ziarna jaglicowe, które przy brzegu rogówkowym tworzyły wał od góry, bez śladu się wessały. Prawém okiem rozpoznaje litery $^6/_{36}$ tablicy Snellena ($^7/_{40}$) i czyta Nr. 1 Jaegera, lewém okiem rozpoznaje literę E tablicy Snellena, czyta Nr. 9 Jaeg. Jeżeli dla porównania zestawimy bystrość wzroku przy przyjęciu z bystrością wzroku, jaką chory miał 9 maja, to się pokazuje, że na prawém oku bystrość wzroku się poprawiła siedem razy (z $^1/_{40}$ na $^7/_{40}$) na oku lewém zaś ośm razy (z $^1/_{80}$ na $^8/_{80}$).

3) M. Grabkowicz, l. 45, przyjęty 28 marca 1882 Rozpoznano: *Trachoma oc. utr. Blennorhoea sacci lacr.*, *Ulcus corneae*, *Iritis et hypopyon oc. sin. Entropium spasticum palpeb. infer. oc. sinistri.* Wrzód miał 5 mm. w średnicy, ropa zapełnia dolną część przodowéj komórki do wysokości 3 mm. Leczenie: Kataplazmy, atropin, środki rozwalniające, maść szara na czoło. Jodoform zasypywano jako miałki proszek do woreczka spojówkowego i na wrzód. Trzeciego dnia tylne przyczepiny się przerwały. 3 kwietnia ciecz wodna czysta, *hypopyon* ustąpiło. 6 kwietnia obrzmienie powiek ustąpiło, przecięto przewódkę łzową. Odtąd codziennie sondowano przewód nosołzowy według Bowmana. 20 kwietnia: Dno płytkiego zagłębienia, mającego jeszcze w średnicy 4 mm., szare (tkanka łączna), oko blade, ziarn jaglicowych mniéj i mniejsze, zawinienie powieki ustąpiło, chory swobodnie patrzy. W przeciągu dni 22 podgoił się wrzód pomimo innych wikłających sprawę chorób ocznych w tym stopniu, iż chory mógł powrócić do swojéj pracy.

4) S., piętnastoletnia dziewczyna. Przed półtora rokiem zgłosiła się do kliniki ruchoméj z przetoką łzową. Sondowano przez dłuższy czas, poczém się przetoka zrosła, pozostało jednakże rozwiotczenie woreczka łzowego (*atonia sacci lacrym.*), chociaż numer szósty sondy Bowmana z łatwością przechodził. Z woreczka łzowego można wycisnąć wydzielinę szaro-zieloną, gęstą, od czasu do czasu ropną. Ponieważ wejście do woreczka łzowego było przestronne, wstrzykiwałem do tegoż za pomocą strzykawki szklanéj z wązkiém ujściem, zawiesinę jodoformu według przepisu Mikulicza (*Jodoformii 10·0, Olei olivar. 40·0, Glycerini 80·0*). Po dziesięciu wstrzyknięciach wydzielina była czysto śluzowo-łzową, chora czuła znaczną ulgę, atonia jednak woreczka łzowego pozostała.

Według powyższych spostrzeżeń, które jak najtreściwiéj podałem i pewnéj ilości innych, które dla skrócenia rzeczy pomijam, wartość jodoformu jako środka leczniczego w chorobach ocznych da się streścić w następujących twierdzeniach:

1) Jodoform leczy przewlekłe zapalenie jaglicowe (*Conjunctivitis granulosa simplex Saemischa*, *Trachoma verum Arlta*). Jest więc wskazany tam, gdzie stósowaliśmy siarkan miedzi. Jodoform ma przed siarkanem tę korzyść, iż leczenie jest bezbolesne. Działa także wyjaśniająco na rogówkę, która skutkiem łuszczki utraciła przeźroczystość. Czy jodoform całkowicie leczy jaglicę, obecnie jeszcze rozstrzygnąć nie można. Zdaje się, że w przypadkach, gdzie po zastósowaniu jodoformu grubsze ziarna jaglicowe się wessały a pozostały tylko przeważnie przerosłe brodawki, trzeba się będzie uciec do azotanu srebra celem zupełnego wyleczenia chorego.

2) Jodoform przyspiesza wygojenie wrzodów zakaźnych w rogówce, wikłające zaś wrzód rogówkowy zapalenie tęczówki nie przeciwwskazuje zastósowania jodoformu. Wrzody zakaźne napotykamy u chorych cierpiących na przewlekłe sprawy zapalne spojówek po zadziałaniu urazu, jeżeli utrata przybłonka nastąpiła, i u chorych cierpiących na śluzoropotok woreczka łzowego, u których już najmniejsza utrata przybłonka rogówkowego daje powód do powstawania nacieków ropnych i wrzodów.

3) Działa korzystnie na wydzielinę woreczka łzowego, zmieniając wydzielinę śluzowo-ropiastą na wydzielinę śluzową.

5) Jodoform wreszcie nie zmniejsza ilości wydzieliny w przypadkach nieżytów spojówki i w przypadkach przewlekłego śluzoropotoku.

Do własności utrudniających stósowanie jodoformu zaliczyć trzeba woń bardzo silną a dla wielu nieprzyjemną. Przymieszka garbnika w stosunku 1 do 100 według Niedena, lub kropli olejku bergamotowego na kilka gramów jodoformu, jak radzi Mikulicz, w części tylko przykrą woń leku przygłusza. W ostatnich tygodniach wkładaliśmy łuskę *Fabae toncae* do słoika z jodoformem. skutkiem czego proszek przyjmował woń aromatyczną łuski.

W pewnéj ilości przypadków przypuścić trzeba idyjosynkrazyję, skutkiem któréj już po małych dawkach występują objawy zatrucia. Przytoczę jeden przypadek: M. zegarmistrz, lat około 50, cierpiał na zapalenie jaglicowe. Leczono go siarkanem miedzi. Obecnie pozostały tylko blizny w spojówce i przewlekły nieżyt z obfitą wydzieliną śluzowo-łzową. Idąc za radą Brettauera, który twierdził, iż jodoform ilość wydzieliny zmniejsza, zasypałem jodoform. Chory po jednorazowém zasypaniu przez dwa dni czuł przygnębienie, bóle głowy, brak apetytu, drugiego dnia jeszcze wymiotował, tętno było trzeciego dnia jeszcze przyspieszone. W innych przypadkach działa jodoform zbiorowo, jak np. strychnin. Objawy zatrucia występują po dłuższém użyciu. Chora cierpiąca na zapalenie jaglicowe, któréj historyję choroby wyżéj podałem, po trzechmiesięczném zasypywaniu jodoformu, dostawała bólów głowy nad oczodołami i w skroniach, które ustępowały, jeżeli stósowanie leku przerwano. O podobnych przypadkach mówił także prof. Rydel. Cięższych objawów zatrucia odnoszących się do zboczeń mózgowych albo występujących jako obłąkanie nie spostrzegaliśmy. Można to z góry było przewidzieć ze względu na małe dawki jodoformu, jakie stósowaliśmy, a wreszcie ze względu, że przerywaliśmy leczenie, ilekroć się pojawiały pierwsze objawy zatrucia. Aby zrozumieć wpływ jodoformu w chorobach, w których środek ten ze skutkiem stósowaliśmy, wystarczy odwołać się do przeciwgnilnych a w części także do drażniących własności tegoż (we worku spojówkowym). Czy jodoform zasypany do worka spojówkowego wnika do organizmu, jest rzeczą wątpliwą. W moczu chorego Kostka (2), któremu kilka miesięcy jodoform do oczu się zasypuje, jodu w moczu nie wykryto (Dr. Kopff). Zdaniem zaś Binza i Högyesa można w razie wcielenia jodoformu w organizm, tenże w kształcie soli jodowych w moczu wykazać.

Prof. Rydel w dyskusyi nad tym przedmiotem nadmienia, że Mooren ostatniemi czasy używa w jaglicy jodoformu z dobrym skutkiem. Tenże stósuje środek ten w rozczynie 5,00 na 30,00 *Collod.*, nacierając za pomocą pędzelka skórę powiek, a nazajutrz zmywając miejsca te eterem octowym, co powtarza przez czas dłuższy. Mooren zaleca również 0,15 *Jodof.* na 10,00 *Vaselin.* z dodatkiem olejku eterycznego, którą to maść wciera się w spojówkę. Ból silny, ztąd powstały, uśmierza za pomocą zimnych okładów. Po obu sposobach stósowania leku rzeczonego otrzymywał wyniki pomyślne. Prof. Rydel przytacza przypadek z praktyki prywatnéj, w którym po siarkanie miedzi stósował jodoform, z powodu jednak silnych bólów, które wkrótce po każdorazowém użyciu jodoformu występowały, dalszego używania środka tego w tym przypadku zaniechał. Proszek więcéj miałki, u tego samego indywiduum użyty, tak samo bóle sprawiał; granulacyje jednak bladły i malały prawie widocznie.

W dyskusyi nad tym przedmiotem przemawiali jeszcze koll: Obaliński, Murdzieński i Warschauer. (Dok. nast.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w d. 10, 14 i 17 b. m. posiedzenia, na których fizyk miejski Dr. Buszek zdawał sprawę z czynności bieżących załatwionych od ostatniego zebrania się i podał do wiadomości cyfry odnoszące się do chorób zakaźnych i śmiertelności w Krakowie w miesiącu wrześniu b. r. Choroby zakaźne występowały bardzo nielicznie i przebiegały nader łagodnie, śmiertelność zaś była nadzwyczaj mała tak, iż Kraków od kilku miesięcy zaliczyć wypada do miast najzdrowszych. Tenże zawiadomił, iż pod przewodnictwem Radcy miasta Dra Domańskiego odbywa się daléj rewizyja lekarska szkół krakowskich, któréj wypadek po ukończeniu przedstawi się Komisyi sanitarnéj, tudzież iż w myśl wniosku uczynionego na poprzedniém posiedzeniu przez Radcę miasta Dra Pareńskiego postarano się o poprawę wychodków publicznych. Następnie zajęto się projektem instrukcyi dla miejskiéj służby zdrowia w Krakowie przedłożonym przez r. m. Dra Domańskiego w imieniu właściwéj podkomisyi. Do dłuższéj dyskusyi dał powód punkt zasadniczy, według którego fizyk miejski jest naczelnikiem całéj miejskiéj służby zdrowia a tém samém ma prawo kontroli nad podległemi sobie organami lekarskiemi miejskiemi i może im w razie potrzeby odpowiednie wydać polecenia. Punkt ten przyjęli jednomyślnie członkowie komisyi mający głos stanowczy. Również zgodnie z projektem zapewniono fizykowi miejskiemu należyty wpływ we wszelkich sprawach budowniczych mogących mieć znaczenie pod względem higijenicznym i głos stanowczy w sprawach lekarskich na posiedzeniu magistratu. W instrukcyi dla lekarzy obwodowych podwyższono wynagrodzenie za oglądanie zwłok, dla zapobieżenia nadużyciom ograniczono ich bezpłatną pomoc lekarską do rzeczywiście ubogich i do chorób nie wymagających ani bardzo specyjalnych wiadomości lekarskich ani operacyj, których nie można żądać od lekarzy obwodowych i u chorych, którzy nie znajdują się w odpowiednich warunkach. Uważając, iż policyja weterynarska jest także częścią służby zdrowia, poddano weterynarza miejskiego pod kontrolę fizyka, dano mu atoli należytą samodzielność w sprawach weterynarskich i głos w nich stanowczy na posiedzeniach magistratu w razie nieobecności fizyka. Tymczasową instrukcyję dla akuszerki miejskiéj wypracowaną przez magistrat przyjęto z bardzo nieznacznemi zmianami. Materyjał policyjno-lekarski pod względem zwłok zapewniono katedrze medycyny sądowéj a tém samém zaradzono w pewnéj części rzeczywistéj potrzebie uczącéj się tego przedmiotu młodzieży. Na sprawozdawcę na pełnéj Radzie przyjętéj w ten sposób konstrukcyi wyznaczono r. m. Dra Domańskiego. Na koniec przyjęto jednomyślnie wniosek tegoż Radcy, według którego ze względu na wielką ważność mleka pod względem tak dyjetetycznym jak i terapeutycznym polecono fizykowi miasta przedstawić komisyi sanitarnéj projekt zaprowadzenia stosownéj, z dzisiejszym stanem nauki zgodnéj kontroli nad mlekiem w Krakowie sprzedawaném i urządzenia składu mleka wzorowego, wszelkim słusznym wymaganiom lekarskim w zupełności odpowiadającego.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 1—7 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 24,4 (19,2 z. t.). Z błonicy umarło 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.); z zimnicy 1 (0 z. t.) Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku duru brzusznego. W tygodniu od 24—30 września ospa złagodniała w Londynie. Świeżo zapadło 18, umarło 7. Leczyło się w szpitalach 85. W Wiedniu umarło 6, w Paryżu 3, w Petersburgu 9, w Warszawie 14, w Madrycie 21. Dur brzuszny utrzymuje się niezmieniony w Paryżu. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie w większych miastach. Biegunka mniej zabierała ofiar.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 24—30 września umarło wedle obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 19,2; we Lwowie 27,8; w Poznaniu 43,4; w Wiedniu 20,0; w Budapeszcie 24,1; w Pradze 23,9; w Tryjeście 26,6; w Berlinie 25,4; w Wrocławiu 30,6; w Mnichowie 26,9; w Gdańsku 27,4; w Dreźnie 21,3; w Lipsku 19,7; w Bazylei 17,1; w Brukseli 22,3; w Amsterdamie 19,5; w Hadze 21,5; w Paryżu 21,9; w Londynie 19,4; w Kopenhadze 24,1; w Stokholmie 16,4; w Chrystyjanii 14,9; w Petersburgu 28,0; w Odesie 43 4; w Rzymie 21,5; w Wenecyi 26.3; w Bukareszcie 23,9; w Madrycie 35,3; w Nowym Yorku 25,5; w Filadelfii 21,6; w Bombayu 24,0; w Madrasie 35,0. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 października. Klinika chirurgiczna otwartą została przed kilku dniami równocześnie z innemi klinikami; nie rozpoczęły się atoli jeszcze wykłady z powodu, że adaptacyje, zarządzone na życzenie nowomianowanego profesora, dotychczas w sali wykładowéj jeszcze nie są ukończone. Na posiedzeniu sobotniém Wydział Lekarski zamianuje 1go asystenta, a w poniedziałek dn. 23 bm. prof. Mikulicz będzie miał wykład swój wstępny, który ogłosimy w numerze przyszłym Przeglądu Lek.

* Szanowna Redakcyja *Gazety Lekarskiéj*, wychodzącéj w Warszawie, teraz dopiero konstatuje fakt, że w każdym numerze podajemy tytuły prac oryginalnych, drukowanych w pismach polskich, i teraz dopiero przypomina sobie, że „niejednokrotnie“ do tytułów prac drukowanych w *Gazecie Lekarskiéj* dodawaliśmy wykrzykniki; nie mogąc jednak zrozumieć powodu takiego postępowania posądza nas o dyskredytowanie z góry, bez przeczytania, artykułu opatrzonego takim znakiem i uznaje taki sposób krytykowania za lekkomyślny i nieodpowiedni. Nie uwierzyliśmy własnym oczom czytając tę reprymendę. A więc nas obwinia szan. koleżanka o lekkomyślne krytykowanie prac nieczytanych; oczywiście nie dopisuje jéj pamięć, gdy ona nam podobny czyni zarzut. Wierzymy, że postępowanie nasze mogło jéj być przykrém, ale ubolewamy nad tém, że ono nie wywołało skutku, który wywołać zamierzyliśmy, to jest nie wpłynęło dotychczas na postępowanie szan. koleżanki. Ponieważ, jak widzimy, tak mało jest domyślną, nie zawadzi, jeżeli szan. Redakcyi *Gazety Lekarskiéj* jasno wytłumaczymy, o co się rozchodzi. Nasamprzód przytoczymy małą antologiję tytułów, opatrzonych przez nas wykrzyknikami, a więc stanowiących *corpus nostri delicti*: „Kilka słów o określeniu stopnia i przyrody kwaśności zawartości żołądka“ (Nr. 3 Gaz. Lek.) „Jodoform przy wilku“ (Nr. 27). Przepuklina pachwinowa skośna zewnętrzna mięszana uwięziona“ (Nr. 38). Czy teraz szan. koleżanka jeszcze się nie domyśla znaczenia wykrzykników? Czy zamiast „stopnia i przyrody kwaśności zawartości żołądka“ nie należało napisać po polsku „stopnia i przyrody treści kwaśnéj żołądka?“ Czy „Jodoform przy wilku“ nie zmusza każdego mówiącego i piszącego po polsku do mimowolnego zapytania: Czy mowa o jodoformie, który siedzi lub leży przy wilku, i czy nie należało napisać np. „Leczenie wilka jodoformem“? A czy w ostatnim przypadku bombastyczne nadużycie epitetów nie przypomina łokciowych nazwisk hiszpańskich? Wykrzykniki nasze są więc tylko okrzykiem boleści, który się wyrywa z piersi każdego, miłującego piękną mowę naszą, na widok poniewierki, na którą ten najdroższy nasz skarb skazany jest z woli rodaków, a nie tyczą się wcale wartości naukowéj prac, umieszczanych w *Gazecie Lekarskiéj*, ani nawet niepoprawności języka, która w rozprawach często jest uderzającą; ograniczają się one do nagłó-

wków, które w piśmie naszém powtarzamy. Albo czy można być obojętnym na takie herezyje językowe, jak np. „choroby sutek, oczów“, „do wewnątrz jodek potasu“, „trzy anthraxy“ itd, itd. Niechaj się szan. koleżanka zastanowi raz nad pytaniem, coby powiedziano w Niemczech lub we Francyi, gdyby poważne czasopismo naukowe nie przestrzegało czystości języka, gdyby już nie powiemy w każdym numerze, ale choćby raz i drugi wykroczyło przeciwko gramatyce i składni? Tam podobne lekceważenie języka wywołałoby powszechne oburzenie, podczas gdy u nas nawoływanie do przestrzegania świętego obowiązku nietylko że pozostaje bezskutecznėm ale naraża na zarzut lekkomyślności. Na jaki zaś zarzut zasługuje ten, który nielitościwie trwoni ostatki mienia, odziedziczonego po przodkach?

* **Wiadomości osobowe.** Posadę chirurga oddziału kobiecego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie otrzymał Dr. Matlakowski.

* **Nekrologia.** W Pizie umarł Dr. Prunner bey, b. lekarz przyboczny wicekróla egipskiego.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 41: Gajkiewicza: Przypadek porażenia Landryego zakończony wyzdrowieniem; — Wolframa: (z kliniki prof. Korczyńskiego): Zachowanie się ciężaru ciała w chorobach gorączkowych ostrych (c. d.); — Rothego: Otrucie wyskokowe, jego wpływ na rozwój chorób umysłowych (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 41: Jaworskiego: Doświadczenia nad ilościowém znikaniem rozczynów niektórych soli z żołądka ludzkiego (c. d.); Belkego: Przymiot z przebiegiem złośliwym. — W *Przewodniku gimnast.* Nr. 10: Żulińskiego: Ruch mięśniowy i wpływ jego na zdrowie człowieka (c. d.)

Redakcyja otrzymała:

Dr.: L. RYDYGIER (w Chełmnie n./W.) Uiber Pylorusresection (*Volkmanns Sammlung klin. Vorträge* Nr. 220), Lipsk 1882, in 8vo str. 40 z tabl. podwójną.

Tenże: Vorstellung eines Falles von geheilter Pylorusres ction wegen Magengeschwür nebst Demonstration des Präparates. (Osobne odbicie z *Langenbecka archiwu* t. 28, z. 2 in 8vo str. 4 z tablicą).

Dr. A. KWAŚNICKI: II Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze. (Osobne odbicie z Przeglądu Lek.) Kraków 1882, in 8vo str. 72.

Dr. Alex. HOLLÄNDER: Zur Lehre von der Moral insanity. (Osobne odbicie z *Wiener med. Jahrb.* 1882) in 8vo str. 18.

Tenże: Ein Beitrag zur Lehre von der conträren Sexualempfindung. (Osobne odbicie z *Allg. W. med. Ztg.* 1882) in 8vo str. 14.

Dr. A. SCHLEMMER: Beitrag zur Beurtheilung der Körperverletzungen im Sinne des §. 129 der östr. SPO. (Odbicie z *Viertelj. f. ger. Medicin* 1882) in 8vo str. 80.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę d. 25 b. m. w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém kol. prof. Browicz mówić będzie „o wartości dyjagnostycznéj prątków gruźliczych.“

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

WINA lecznicze

WYROBU

Dra KAROLA MIKOLASCHA we Lwowie.

WINO chinowe. Prawdziwy wyciąg z trzech gatunków kory chinowéj, t. j. brunatnéj, czerwonéj i królewskiéj, przyrządzony za pomocą sposobu wypierania *(methode de deplacement)*. Dla rekonwalescentów po słabościach wycieńczonych, nerwowych, przeciw febrom, gastralgiom i t p.

WINO chinowo-żelaziste. Wyciąg powyższy zaprawiony połączeniem żelezistém nieoszacowanéj jakości, ponieważ jest prawie bez smaku i bardzo łatwo przez ustrój ludzki przyswojony bywa. Tam gdzie chodzi o usunięcie chorób z braku lub nieprawidłowéj jakości krwi pochodzących, nadzwyczaj skuteczne i przez wszystkich niemal lekarzy przepisywane.

WINO pepsinowe. Użycie tego wina jest bardzo rozpowszechnione. Służy ono dla słabych, którzy sami nie wydzielają w żołądku dostatecznéj ilości fermentu dla strawienia spożytych pokarmów, białko w różnych postaciach zawierających, także jednak dla zdrowych, którzy często i dużo jeść i pić lubią, ponieważ używając tego wina przy swoich sympozyjach, prędko trawią i częściéj nałogowi swemu oddawać się mogą.

WINO peptonowe. Pokarm płynny, który wchodzi w ustrój ludzki prawie bez pomocy żołądka. Wino samo przez się jest takim pokarmem, pepton zaś jest sztucznie strawioném mięsem. Te dwa środki połączone stanowią więc całość niezrównaną pod względem odżywiania ustroju wycieńczonego i wcale nie lub źle trawiącego.

WINO rumbarbarowe. Lekospis austryjacki żąda Malagi jako podstawy do wina Darellego. Moje wino rumbarbarowe sporządzam na winie hiszpańskiém, lekszém od Malagi i bez dodatku kardamonu i skór pomarańczowych. Doskonały środek, osobliwie dla niewiast i dzieci w razach kataru żołądkowego lub kiszek. Jest ono o połowę tańsze jak wino Darellego.

Pomimo krótkiego czasu istnienia moich win leczniczych przecież bardzo wielu lekarzy a pomiędzy niemi i tacy sławy europejskiéj przekonali się o ich doskonałości czém się czuli spowodowani nadesłać mi bardzo pochlebne świadectwa uznania, które w streszczeniu przytaczam:

Wny Dr. **Alfred Biesiadecki** c. k. radca namiestnictwa, krajowy referent sanitarny:
„Wina lecznicze p. KAROLA MIKOLASCHA, przewyższają swą dobrocią i skutecznością inne wyroby po części firm zagranicznych i są jedyne w swoim rodzaju, tak jako środki dyjetetyczne jako téż i lecznicze.“

Wny Dr. **Karol Braun** von **Foernwald** c. k. radca dworu, profesor i dyrektor kliniki położniczéj w Wiedniu:
„Wina lecznicze p. Dr. KAROLA MIKOLASCHA uznaję za bardzo dobre, w skutek czego będę je przepisywał.“

Wny Dr. **Józef Spaeth** profesor i dyrektor kliniki położniczéj w Wiedniu c. k. wyższy radca sanitarny:
„Wina lecznicze p. KAROLA MIKOLASCHA rozpoznawałem i przyszedłem do przekonania, że sumiennie są wyrobione. Spodziewam się po nichznakomitych skutków.“

Wny Dr. Drasche profesor przełożony Vgo oddziału medycznego w głównym szpitalu w Wiedniu badał wszystkie wina szczegółowo na chorych swego oddziału, przytacza słabości w których je używał i pisze przy końcu:
„Wina lecznicze p. KAROLA MIKOLASCHA odszczególniają się przyjemnym smakiem i znakomitym skutkiem. Są one w praktyce pod każdym względem polecenia godnémi.“

Wny Dr. Lorinser jako dyrektor szpitala na Wiedeniu w Wiedniu cadał skutek na różnych chorych i potwierdza:
„Że wina lecznicze p. KAROLA MIKOLASCHA są dobrze wyrobione i posiadają te własności, które od takich przetworów spodziewać się można.“

„Win leczniczych i napojów dla rekonwalescentów Pana Dra Karola Mikolascha używam od dłuższego czasu tak w klinice jakotéż w praktyce prywatnej i jestem z działania ich jak najzupełniéj zadowolony. Zasługują one w zupełności na uznanie u lekarzy i na wziętość u chorych.“ Kraków dnia 25 Czerwca 1882. **Prof. Dr. Edward Korczyński.**
Dyrektor Kliniki lekarsk éj w Uniw. Jagiell. mp.

Te same mniéj więcéj zdania, pochwały i polecenia znajdują się w świadectwach wystawionych przez PP. Drów: **Józefa Weigla, Oskara Widmana, Edwarda Sawickiego, G. Ziembickiego** syna i innych.

Broszura do każdéj flaszki win powyższych dołączona omawia własności tychże i zawiera wynik rozbioru chemicznego przez Wgo Dra **Br. Radziszewskiego**, profesora chemii na Uniwersytecie dokonanego.

Butelka mieszcząca $\frac{1}{2}$ litra, którégokolwiek z win leczniczych kosztuje **1 złr. 50 ct. w. a.**

Za opakowanie i stempel przy posyłkach liczę 20 ct. od jednéj, 30 ct. od dwóch, 35 ct. od 3ch, 50 ct. od 6ciu a 80 ct. od tuzina butelek.

Skład główny dla Galicyi i Bukowiny w aptece pod gwiazdą:
Piotra Mikolascha we Lwowie.

Skład główny dla Austro-Węgier i dla państw ościennych
u p. **Wilhelma Maagera w Wiedniu**, Heumarkt. Nr. 3.

Składy w Galicyi: We Lwowie u pp. aptekarzy: K. Krzyżanowskiego i Jakóba Pipesa, w Krakowie u p. **aptekarza F. GRALEWSKIEGO**, w Brzeżanach apteka p. Dembińskiego, w Kołomyi apteki p. Sidorowicza i Stenzla, w Tarnopolu apteka p. Jamrógiewicza, w Przemyślu apteka ś. p. Tarczyńskiego, w Jarosławiu apteka p. Rohma, w Przeworsku apteka p. Świtalskiego, w Bełzie apteka p. A. Grossa, w Bolechowie apteka p. K. Schindlera, w Brodach apteka p. M. Kulaka, w Buczaczu p. K. Lewickiego, w Drohobyczu apteka p. Raczki, w Rzeszowie apteka p. Kalinowskiego, w Stanisławowie apteka p. Beilla, w Tarnowie p. Chodackiego, w Żółkwi u p. Dadleca.

Skład główny w Czerniowcach w aptece p. Krzyżanowskiego.

Dr. Karol Mikolasch
właściciel apteki pod „Gwiazdą“ we LWOWIE
FIRMA: **Piotr Mikolasch.**

Nakładem Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 28 października 1882. № 43. Rok XXI.

I. O wpływie chirurgii nowoczesnéj na kształcenie uczniów w klinice chirurgicznéj.

Wykład wstępny prof. Mikulicza.

Panowie! Powołanie mnie na katedrę chirurgiczną w starożytnym Uniwersytecie Jagiellońskim włożyło na mnie zaszczytny i ważny obowiązek wykształcenia Panów w jednéj z najważniejszych gałęzi sztuki i umiejętności lekarskiéj. Proszę mi wierzyć, Panowie, że z radością i dumą objąłem katedrę we Wszechnicy liczącéj się do najstarszych w ucywilizowanym świecie i któréj założenie i rozwój w ścisłym pozostaje związku z najświetniejszemi okresami historyi polskiéj. Równocześnie jednak jestem przekonany o wielkiém brzemieniu zadania i o trudnościach z niém połączonych. Już samo przez się jest trudném zadanie wpojenia w większą liczbę słuchaczy tyle wiedzy i znajomości chirurgii, ile jéj potrzeba do odpowiedniego wypełniania obowiązków lekarza, a dla mnie przybywają jeszcze dwa utrudniające czynniki, z których atoli jeden, jak się spodziewam, nie będzie wpływać szkodliwie na naszą wspólną pracę. Mam na myśli język wykładowy.

Moi Panowie! zarzucano mi, że nie znam języka polskiego, który przecież tak samo jest mową ojczystą dla mnie jak i dla każdego z Panów. Prawda, że przez ciągłe przebywanie w zakładach naukowych niemieckich zaniedbałem cokolwiek naszéj mowy, że przez długie lata brakowało mi zupełnie ćwiczenia i wprawy w mówieniu po polsku; uważać sobie jednak będę za pierwszy obowiązek, aby braki te w jak najkrótszym czasie uzupełnić i mam nadzieję, że niezadługo zdołam i w tym kierunku uczynić zadość wszelkim wymogom, jak tego żądać można od profesora Uniwersytetu Jagiellońskiego. Aż do téj chwili proszę Panów o nieco cierpliwości a spodziewam się, że praktycznemi wskazówkami potrafię wynagrodzić Panom z początku brak wzorowego wykładu.

Co do drugiego utrudniającego czynnika, to nie da się on niestety usunąć tak prędko. Jest nim bardzo niedostateczne urządzenie naszéj kliniki. Mam wprawdzie niepłonną nadzieję, że W. Rząd przystąpi wkrótce do uchwalonéj już w zasadzie budowy kliniki, którаby odpowiedziała nowoczesnym wymaganiom, a tegoroczny Rektor magnificus i nasz szan. Dziekan nie szczędzą trudów, aby usunąć wszelkie w téj mierze trudności; w każdym atoli razie będziemy musieli kilka jeszcze lat w tych starych pracować murach. Będę się jednak starał korzystać ze wszelkich środków, którеmi na teraz rozporządzam, aby wykształcenie Panów żadnego nie poniosło uszczerbku.

Zwróćmy się obecnie do naszego przedmiotu. Nim przystąpimy do codziennéj pracy, stosowném mi się wydaje omówić z Panami cele téj naszéj wspólnéj pracy; bo nauka chirurgii tém większą Panom przyniesie korzyść i z tém większą ochotą oddawać się jéj będziecie, jeżeli już naprzód wskażę Panom, które gałęzie téj obszernéj nauki są dla Panów najważniejszemi i czego najbardziéj Panom potrzeba będzie w wykonywaniu swojego zawodu.

Obszar chirurgii, moi Panowie, jest bardzo wielki, tak wielki, że żaden nawet chirurg z zawodu nie może się pochwalić, że we wszystkich jéj gałęziach równą posiada biegłość. Jeżeli więc dzisiaj chirurgija przerosła siły chirurga z zawodu, cóż ma czynić lekarz praktyczny, jak postępować uczeń, który w całéj medycynie jednakowo ma być wykształcony? Musi on wybierać przedewszystkiém to, co mu niezbędnie potrzebne, a właśnie ocenieniem tego zajmiemy się obecnie.

Chirurgija wymaga tak od specyjalisty jak i od każdego lekarza od lat kilkunastu o wiele więcéj aniżeli dawniej, a pozostaje to w związku z ogromną przemianą całéj prawie chirurgii w ostatnim lat dziesiątku; musimy więc przedewszystkiém rzucić przynajmniéj naprędce okiem na rozwój naszéj nauki w ciągu lat ostatnich. Nie bójcie się Panowie, nie myślę Was nużyć długą historyją i hymnem pochwalnym na naszą obecną sztukę. W ostatnich czasach

już z różnych stanowisk i powołani do tego mężowie rozpisywali się często i obszernie o wspaniałym wzroście chirurgii; nie można téż nikomu brać za złe, że żyjąc w obecnym świetnym okresie chirurgii i biorąc z radością w niéj czynny udział, cofa się wstecz w stare smutne czasy i porównywa je z teraźniejszością. Co do mnie zamierzam obecnie podnieść tylko najważniejsze punkta, tyczące się nauczania chirurgii.

Chirurgija wraz z pokrewnemi sobie naukami była od dawien dawna samodzielną a przez długie czasy zupełnie odrębnie stojącą gałęzią sztuki lekarskiéj. Przyczyna tego faktu, moi Panowie, tkwi bardzo głęboko. Patologiczno-anatomiczna podstawa znajomości chorób jest wprawdzie ta sama w chirurgii co i w medycynie wewnętrznéj, rozpoznanie i rokowanie kieruje się w obu gałęziach temi samemi prawie zasadami; jednak leczenie chirurgiczne, przynajmniéj najważniejsza jego część, różni się znacznie od leczenia chorób wewnętrznych. Chirurgija posiada cały szereg mechanicznych środków leczniczych, których skutek jest zazwyczaj pewny i widoczny, a których zastosowanie wymaga osobnéj techniki; tu należą obok całéj techniki operacyjnéj także wszystkie czynności mechaniczne w zwichnieniach, złamaniach kości, zakładanie opasek, mięsienie itd. Téj więc techniki chirurgicznéj uczyć się musimy jak każdego rzemiosla lub, jeśli Panowie wolicie, jak każdéj sztuki, głównie przez ćwiczenie. Dla tego téż chirurgiją władać będą tylko ludzie zręczni i technicznie wyćwiczeni. Ta ważna różnica między chirurgiją a medycyną wewnętrzną istnieć będzie dopóty, dopóki w ogóle będzie istnieć chirurgija.

Zechciejcie mnie jednak, Panowie, dobrze zrozumieć: różnica leży tylko w zawodzie chirurgicznym i ma się uwydatniać co najwięcéj u chirurgów specyjalistów, tak jak mamy innych lekarzy specyjalnych, którzy zajmują się głównie lub wyłącznie jedną tylko gałęzią nauki lekarskiéj. Lekarz praktyczny jednak musi być jednakowo wykształcony tak w chirurgii jak w medycynie wewnętrznéj, jedna gałąż musi drugą wspierać i uzupełniać; bo chirurg, któremu obcą jest medycyna wewnętrzna, jest tylko niedokształconym praktykiem, który braki swéj wiedzy wypełnia postępowaniem szablonowém, a internista nie obznajmiony z chirurgiją jest tylko połowiczym lekarzem. Byłoby to więc pożałowania godném cofnięciem się wstecz, gdyby stare szkoły chirurgów wprowadzono znowu w życie, jak pod tym względem w najnowszych czasach głosy się dały słyszeć.

Różnica między medycyną wewnętrzną a chirurgiją stała się przez najnowsze ogromne postępy téj ostatniéj tém wybitniejszą, im właściwość chirurgii, t. j. technika, rozwinęła się do bardzo wysokiego stopnia doskonałości. Wprawdzie i w innych kierunkach zrobiła chirurgija wielkie postępy. Rozwój anatomii patologicznéj, histologii, patologii doświadczalnéj i chemii bardzo posunęły naprzód znajomość chorób chirurgicznych, i w tym kierunku dotrzymywała chirurgija kroku innym gałęziom wiedzy lekarskiéj. Co do leczenia jednak uczyniła ona na raz i samodzielnie ogromny postęp. Postęp ten odnosi się, jak każdemu z Panów zapewne już wiadomo, do leczenia ran, a ponieważ ta część chirurgii jest zarazem główną częścią całéj naszéj terapii, zatém z postępem leczenia ran zmieniło się znacznie całe postępowanie lecznicze chirurgiczne.

W skutek rozwoju metodycznego ran leczenia powstała niejako jedna z najważniejszych części techniki chirurgicznéj, któréj wyuczenie się wymaga równego trudu i równie starannéj pracy jak technika czysto operacyjna i zakładanie opatrunków. Wprawdzie i pierwéj leczono rany, postępowano jednak przytém zupełnie bez planu lub w najlepszym razie kierowano się jakąś zasadą jednostronną albo zupełnie fałszywą; dla tego też nie można było nigdy przesądzać z góry skutku leczenia. Jeszcze przed 10 laty musiał każdy operator powtórzyć swemu choremu owo zdanie, wypowiedziane przed trzystu laty przez Ambrożego Pareusza: *Je vous ai operé, Dieu vous guérira.* Nie tylko każda większa operacyja była połączona z niebezpieczeństwem życia, lecz nawet przy wyłuszczeniu małego kaszaka nie mógł żaden sumienny chirurg ręczyć operowanemu za wynik. Chirurg i chory musieli ślepo ufać szczęściu. Przy nowoczesném zaś ran leczeniu jesteśmy w stanie panować nad przebiegiem rany i uchronić się od niepomyślnych przypadów o tyle, o ile w ogóle ludzkie urządzenia można nazwać doskonałemi.

Zapewne wiecie Panowie, komu przedewszystkiém zawdzięczamy ten postęp i zbyteczném jest może wymienienie tu nazwiska Józefa Listera. Niesłusznémby jednak było pomijać przy téj sposobności nazwiska innych mężów, którzy przygotowali podstawy do nauki Listera lub takową daléj rozszerzyli. Jak we wielu ludzkich wynalazkach, tak i tu potrzeba było pracy wielu, aby stworzyć całość skończoną. Prace Billrotha, Ottona Webera i Bergmanna o procesach w przebiegu ran i chorobach przyrannych, znane doświadczenia Pasteura utorowały przedewszystkiém drogę do zrozumienia spraw przyrannych; z drugiéj strony Volkmann, Nussbaum i inni przyczynili się tak wiele do rozpowszechnienia i wydoskonalenia metody, że nazwiska ich towarzyszyć będą zawsze pamięci Listera. W najnowszych dopiero czasach Mosetig i szkoła Billrotha wprowadzając do chirurgii jodoform przyczynili się do dalszego ważnego postępu naszéj nauki.

Wpływ tych reform na terapiję objawia się pod wieloma względami.

Po pierwsze niebezpieczeństwo przy operacyjach uznanych już od dawna za niezbędne, jak odejmowanie członków, wyłuszczenie nowotworów, operacyje plastyczne itd., zmniejszyło się znacznie, czas leczenia ran stał się o wiele krótszym, cały bieg gojenia się dla chorego znacznie mniéj uciążliwy niż był pierwéj, słowem, biorąc pod uwagę jeszcze znieczulanie chorego i bezkrwawy sposób operowania, możemy śmiało powiedzieć, że groza połączona dawniéj z nożem chirurga znikła prawie zupełnie.

Powtóre jesteśmy w stanie zmniejszyć znacznie niebezpieczeństwo po przypadkowych zranieniach kości i części miękkich, byle tylko chory wezwał wczas naszéj pomocy. Tysiące ludzi ocalono już w ten sposób, a cała chirurgija wojskowa pod wpływem nowego ran leczenia zupełnéj uledz musi przemianie. Także sprawy zapalne powstałe samoistnie możemy odpowiedniém postępowaniem chirurgiczném opanować i sprowadzić pomyślny wynik o wiele częściéj, niż to dawniéj miało miejsce.

Po trzecie, cały szereg operacyj wydoskonalono lub zupełnie nowo wprowadzono jedynie przy pomocy nowoczesnego leczenia ran; zwracam uwagę Panów tylko na nowe wielkie operacyje w jamie brzusznéj, na świetne wyniki po owaryjotomijach, po operacyjach na macicy, na kiszkach i żołądku, na nerkach, śledzionie i wątrobie. Wiele większych operacyj na kościach i stawach zyskały sobie dopiero teraz prawo obywatelstwa w chirurgii. Musimy wprawdzie przyznać, że nie każdą nowość w chirurgii operacyjnéj uważać

należy za postęp i nowe dobrodziejstwo dla ludzkości; musimy przyznać, że ufając postępowaniu przeciwgnilnemu posuwano się dość często, właśnie w ostatnich czasach, za daleko. Z pewnêm niezadowoleniem musimy spoglądać na próby leczenia chorób rdzenia pacierzowego przez naciąganie nerwów. Niech to nam służy jako ostrzeżenie przed zbyt surowym empiryzmem! Boć musimy zawsze pamiętać, że i dzisiaj tak samo jak pierwéj winniśmy znaleść ścisłe wskazanie do każdéj operacyi z rozwagą i odpowiednią krytyką.

Zapuściłem się jednak za daleko w sprawy, które Panowie zrozumiecie lepiéj dopiero po dokładniejszém obeznaniu się z chirurgiją. Chciałem tylko zwrócić uwagę Panów, że nie każdą ciekawą nową operacyję uważać należy za prawdziwy postęp i i stałą zdobycz chirurgii.

Lecz wróćmy do właściwego celu naszego wykładu. Jakież skutki pociąga za sobą rozwój racyjonalnego leczenia ran ze względu na uczenie się chirurgii?

Jeżeli przebieg gojenia się rany nie zależy od przypadku lecz od umiejętności i wiedzy lekarza, toć oczywista, że każdy lekarz mający w swojéj opiece jakiegokolwiek rannego obowiązany jest leczyć go podług zasad nowoczesnych, że na nim ciąży odpowiedzialność za przebieg rany, że zatém uczeń obowiązany jest przyswoić sobie w czasie swych studyjów w klinice dokładnię technikę leczenia ran. Tak samo, jak wymaga się od Panów dokładnéj znajomości najważniejszych, zwłaszcza życie ratujących operacyj, jak podwiązywania naczyń, tracheotomii itd., jak znać musicie najważniejsze rękoczyny położnicze, tak samo żądać dziś musimy, abyście Panowie poznali jak najdokładniéj całą technikę nowego ran leczenia. Biorąc zaś miarę z wyników praktycznych musimy téj ostatniéj przyznać nawet większą wagę, gdyż przez należyte leczenie ran będziecie Panowie mogli w przyszłéj swéj praktyce uchronić znacznie więcéj ludzi od kalectwa lub nawet ocalić im życie, oszczędzicie Panowie współobywatelom swym znacznie więcéj nędzy niż przez pięknie wykonane podwiązywania, amputacyje i resekcyje, do których względnie rzadko nadarza się sposobność. Nie każdy z Panów będzie późniéj w stanie kształcić się osobno w chirurgii, musicie więc Panowie nabyć potrzebnego doświadczenia i wprawy w leczeniu ran, obserwując starannie chorych klinicznych i sposób ich leczenia, śledząc pilnie przebieg ran a późniéj przykładając sami pod kierunkiem swego nauczyciela rękę do pracy. Przypatrywanie się i słuchanie samo nie wyrobiło jeszcze nigdy chirurga.—Pamiętać jednak Panowie musicie, że samo praktyczne wykształcenie także nie jest wystarczającém, musi je wspierać wykład teoretyczny i własna nauka. Przez połączenie teoryi z praktyką zasady przeciwgnilnego ran leczenia jako najpierwsze zasady loiki przejść muszą w krew i kości Panów.

Przy téj sposobności nie mogę pominąć uwagi co do sposobu, jak obecnie uskutecznia się często w praktyce przeciwgnilne leczenie ran. Słyszeliście Panowie zewsząd o pomyślnych a także i niepomyślnych wynikach leczenia ran podług Listera; bo któżby nie chciał dziś „listerować!“ Metoda Listera przyjętą została od wszystkich znakomitych chirurgów, w oczach wielu więc stała się ona tylko rzeczą mody, którą przyjąć należy, aby przez to pokazać, że się idzie z postępem nauki. Owi koledzy jednak zapomnieli, że metodę tę należy sobie praktycznie przyswoić, że należy widzieć jéj zastósowanie i samemu się w niéj ćwiczyć, że przez samą lekturę nie zostanie się nigdy „Listerczykiem.“ Wielu, kładąc na ranę materyjały do opatrywania ran podane przez Listera, sądzi, że samo to jakby jaki czar sprowadzić już musi pomyślny wynik. Taki sposób „Listerowania“ moi Panowie, jest bardzo niebezpieczny; jest on niebezpieczny dla naszéj nauki, gdyż zamyka drogę dokładnemu poznaniu rzeczy i wprowadza w naukę wiarę w dogmaty, które medycynie zawsze szkodziły, jest on niebezpieczny dla chorego, gdyż tak zwany opatrunek Listera służył już zbyt często jako wymówka po niepomyślnym wyniku i był płaszczykiem dla nieświadomości i niedoświadczenia. Spodziewam się, że w ciągu naszéj czynności w klinice będziecie Panowie mieli dosyć sposobności do przekonania się, że rzecz sama nie na tém polega, aby podane przez Listera materyjały do opatrywania kłaść na ranę według przepisanego porządku. Jest to tylko zewnętrzną formą, która bez dokładnego zrozumienia zasad téjże metody jest prawie bez wartości.

Nie we wszystkich klinikach zarówno łatwo nabyć można potrzebnego praktycznego doświadczenia i wprawy. W mniejszych Uniwersytetach słuchacz chirurgii znajduje się bez wątpienia w znacznie korzystniejszych warunkach, gdyż z powodu mniejszéj liczby słuchaczy może każdy śledzić dokładnie czynności kliniczne i sam brać w nich udział. Będzie też mojém staraniem, aby Panom jak najwięcéj dać sposobności do praktycznego ćwiczenia się a to według planu, który Panom przy innéj sposobności przedstawię. Co do Uniwersytetów mających wielką liczbę słuchaczy, to, według mego zdania, musi wcześniéj lub późniéj przyjść do znacznych zmian w sposobie uczenia chirurgii. Szanowny mój nauczyciel prof. Billroth uczynił już w Wiedniu ważny krok ku temu zaprowadzając praktyczne kursa, w których uczeń pod przewodnictwem asystenta ma sposobność wejść w bliższą styczność z chorymi.

Po tém wszystkiém powie może który z Panów, że nie ma zamiaru kształcić się na chirurga z zawodu, że nie będzie wykonywał wielkich operacyj, że może nigdy nie zetknie się z chirurgiją.

Przyznaję, że wielu z Panów nie będzie miało sposobności i chęci do wykonania większych operacyj i że je pozostawi chirurgowi z zawodu. Musicie jednak Panowie pamiętać, że zdarza się wiele chirurgicznych chorób, które wymagają natychmiastowéj pomocy, w których więc każden lekarz praktyczny musi działać niezwłocznie. A przypadki te nie zawsze należą do małéj chirurgii. Weźmy przedewszystkiém pod uwagę wszystkie zranienia; jakżeż często pierwszy opatrunek rozstrzyga o całym przebiegu, tak że najpierw wezwany lekarz ma życie chorego w swym ręku! Wielu, może większa część Panów będziecie musieli w razie wojny towarzyszyć armii jako lekarze wojskowi. W waszych rękach będzie leżeć życie rannych a zadaniem i obowiązkiem Panów będzie, aby żołnierzowi, który ojczyźnie zdrowie i życie niesie w ofierze, nieść pomoc według najlepszych prawideł naszéj sztuki.

Prócz zranień mamy jeszcze dość znaczną liczbę mniejszych i większych operacyj, których wykonanie jest często tak naglące, że każdy lekarz może się znaleść w położeniu, aby je wykonać natychmiast; wspomnę tylko tracheotomiję, herniotomiję i amputacyje, które w niektórych przypadkach niezwłocznie należy wykonać. Wreszcie zdarzają się także ostre sprawy zapalne lub ich następstwa, które wymagają od lekarza natychmiastowéj operacyjnéj pomocy.

Widzicie więc Panowie, że znachodzi się dosyć i to

ciężkich chirurgicznych przypadków, za które możecie Panowie stać się odpowiedzialnymi; musicie więc Panowie być w stanie w przypadkach takich działać samodzielnie.

Lecz czyż dla tego miałyby Panom pozostać obcemi inne nie tak naglące operacyje chirurgiczne? Nie, wcale nie, gdyż przez to nabylibyście Panowie wiadomości tylko jednostronnéj, niezupełnéj a to właśnie sprzeciwia się najpierwszéj zasadzie akademickiego kształcenia się, tj. umiejętnemu traktowaniu swego zawodu. Boć tém właśnie różnimy się od szkół czysto zawodowych, że prawdę, dobro i piękno, owo καλὰσκαγαθόν starożytnych Greków pielęgnujemy nie tylko dla ich celów lecz także dla nich samych.

Ależ wszechstronne chirurgiczne wykształcenie jest dla każdego lekarza niezbędne także z praktycznych względów. Przedewszystkiém sami Panowie przyznacie, że dokładne obeznanie się z ogólną chirurgiczną patologiją i terapiją jest nadzwyczaj ważne jako podstawa do nauki w klinice. Część patologiczną, dyjagnostyczną i prognostyczną chirurgii szczegółowéj musicie Panowie znać równie dokładnie jak w medycynie wewnętrznéj. Musicie Panowie pamiętać, że każdy chory chirurgicznéj Waszéj najpierw szuka pomocy, że więc rozpoznanie i rokowanie do Was w pierwszéj linii należy. Przez błędne rozpoznanie możecie Panowie bardzo łatwo stać się przyczyną, że czas do skutecznéj pomocy przeminie, że choroba uleczna zamieni się z waszéj winy w nieuleczną. Z téj saméj przyczyny jesteście Panowie obowiązani znać całą terapiję chirurgiczną, choćbyście jéj nie mieli wykonywać we wszystkich jéj częściach. Musicie bowiem Panowie postępowanie lecznicze choremu przedłożyć i czynić wskazania do jakiéjkolwiek operacyi.

Co się tyczy wykonywania terapii chirurgicznéj, to nie zapominajcie Panowie, że oprócz operacyj posiadamy w chirurgii także znaczną ilość innych ważnych środków. I tak najpierw mamy terapiję leczniczą, którą musicie Panowie znać tak samo biegle jak w medycynie wewnętrznéj. Pomiędzy środkami mechanicznemi ważném jest dla Panów znać dokładnie wszystkie ważniejsze postępowania w zwichnieniach i złamaniach, musicie umieć założyć odpowiednią opaskę i znać mechaniczne leczenie chorób stawowych.

Co do terapii operacyjnéj, to już Panom wyżéj wspomniałem, co każdemu z Panów w przyszłém Waszém powołaniu jest niezbędne, ale jeszcze raz powtarzam Panom, że i inne nie codzień i nie przez każdego wykonywane operacyje nie powinny dla Panów być obojętne. Nawet ci, którzy nie mają zamiaru kształcić się na chirurga fachowego powinni naocznie poznać całe postępowanie operacyjne, przebieg gojenia się i ostateczny wynik po takich operacyjach. Tylko w takim razie będziecie Panowie mogli sądzić samodzielnie o wartości i niebezpieczeństwie jakiéjś operacyi, tylko w takim razie będziecie mogli z czystém sumieniem skłonić chorego do poddania się operacyi. Zresztą jakże łatwo możecie się znaleść w położeniu asystowania koledze przy jakiéjś większéj operacyi lub objęcia leczenia następnego, a w takim razie niezbędném będzie dla Panów znać dokładnie dalszy przebieg choroby.

A może który z Panów będzie miał zamiar późniéj poświęcić się szczegółowo chirurgii, dla tego obecna nauka chirurgii w klinice jest bardzo ważną szkołą przygotowawczą. Życzę sobie i spodziewam się tego, że klinika obudzi w Panach zajęcie i ochotę do głębszego poznania chirurgii. Obok mego obowiązku, aby każdemu z Panów wpoić znajomości chirurgiczne niezbędne do codziennéj praktyki, uważać sobie będę za najpiękniejsze zadanie, aby wszczepić w Panów zamiłowanie i pewne uwielbienie dla naszéj nauki; jeżeli mi się to uda, będzie to dla mnie największą radością i największém zadowoleniem, jakie w ogóle mieć może nauczyciel.

Jestem zresztą mocno przekonany, że Panowie będziecie brali żywy udział w czynnościach klinicznych i że usiłowania moje znajdą poparcie w Waszéj pilności i właściwéj tylko młodzieży akademickiéj wrażliwości.

Zabierzmy się więc żwawo i wspólnemi siłami do wspólnéj pracy.

II. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Dwa rzadkie przypadki zapalenia siatkówki.

Podał Dr. E. Machek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 42.)

Zmiany patologiczne, występujące wycinkami w siatkówce, mogą powstać albo skutkiem choroby włókien nerwowych, które odśrodkowo w siatkówce się rozprzestrzeniają, albo skutkiem choroby naczyń.

Jak włókna nerwowe w siatkówce przebiegają, wykazał H. Müller. Gdyby tylko pewna część włókien nerwowych, a względnie tkanka łączna, która je otacza (*Stützgewebe*), uległa zapaleniu, zaćmienie siatkówki, będące objawem sprawy zapalnéj, przedstawiłoby się w postaci mniéj więcéj wycinka. Wybroczyny w zaćmionym wycinku mogłyby powstać skutkiem zmniejszonego oporu tkaniny, będącéj w stanie zapalnym, skutkiem czego naczynia włosowate się rozszerzają a czerwone ciałka krwi z naczyń do tkaniny się dostają. W takim jednakże razie powinnyby wybroczyny przynajmniéj przeważnie występować w warstwie włókien nerwowych, podobnie jak w niektórych przypadkach zapalenia siatkówki, które skutkiem albuminuryi powstaje i licznemi wybroczynami w warstwie włókien nerwowych rozmieszczonemi się odznacza. Wielka ilość tychże, nadająca obrazowi wziernikowemu wybitną cechę, skłoniła Magnusa do nadania przypadkom takim nazwy *Retinitis albuminurica haemorrhagica.* W przypadkach jednakże kiłowego zapalenia siatkówki wybroczyny znajdują się, na co zresztą wszyscy autorowie się zgadzają (zob. Leber: *Krankheiten der Netzhaut und des Sehnerven* p. 620), a co w naszym przypadku nie trudno było wykazać, w głębszych warstwach siatkówki, a mianowicie w warstwie zwojów nerwowych i w warstwach ziarnistych z wyjątkiem zewnętrznéj warstwy ziarnistéj (a więc w warstwach, które Henle nazywa *nervöse Schichte*). W naszym przypadku dowodzi tego w części wziernik, w części badanie funkcyi oka. Naprzód wykazać było można, że wybroczyny nie znajdowały się w warstwie włókien nerwowych, gdyż nie składały się z kresek w kierunku promieni poustawianych i nie wyglądały przy brzegu jakby wystrzępione, płomieniste; daléj można było wykazać, iż wybroczyny nie dosięgały warstwy zewnętrznych ziarn lub czopków i pręcików, a to z tego powodu, że tak śród przyjęcia jak i wtedy gdy chory klinikę opuszczał ani ścieśnienia pola widzenia ani przerwy, chociażby względnéj, wykazać nie było można. Zdaniem zaś Lebera destrukcyja zewnętrznéj warstwy ziarn lub warstwy czopków i pręcików, (*Sinnesepithel, musivische Schichte*), niemających zresztą własnego systemu naczyń włosowatych (*Schwalbe, Mikrosk. Anatomie* p. 441), sprowadza stałą przerwę w polu widzenia. Niewątpliwą więc było rzeczą, iż wybroczyny znajdowały się w środkowych warstwach siatkówki, położonych

poza warstwą włókien nerwowych, a przed zewnętrzną warstwą ziarnistą. W tych właśnie średnich warstwach siatkówki znajduje się wielka ilość naczyń włosowatych, tak, że Schwalbe (j. w.) mógł nawet dwie warstwy tychże odróżnić. Z têm umiejscowieniem zgadzało się także wyglądanie wybroczyn, których postać i zabarwienie wyżéj dokładnie opisaliśmy.

Z powyższego wynika, iż zapalenie pewnéj części włókien nerwowych, pewnéj ilości wiązek tychże, nie tłumaczy zmian, z jakiemi mieliśmy do czynienia; słusznêm jest więc przypuszczenie, że wybroczyny, zajmujące całe wycinki dna oka, pozostają w zależności od choroby naczyń siatkówkowych, a ponieważ nie we wszystkich przypadkach kiłowego zapalenia siatkówki mamy do czynienia z chorobą naczyń, wikłającą sprawę zapalną, nie we wszystkich więc przypadkach tegoż zapalenia znachodzimy wybroczyny.

Do spraw chorobowych naczyń, mogących sprowadzić wybroczyny, rozmieszczone tak, że zajmują całe wycinki, zaliczyć musimy zatór jednéj gałązki tętnicy *(embolia partialis art. centr. retinae)* i zakrzep jednéj z żył siatkówkowych.

Częściowe zaczopowanie tętnicy mogłoby niezawodnie w pewnym okresie sprowadzić rozszerzenie żył i wystąpienie ciałek krwi *per diapedesin* w miąższ siatkówki, zaczopowanie bowiem końcowéj tętnicy sprowadza zawał wybroczynowy (*Infarct. haemorrh.*) w znaczeniu Cohnheima Taki zawał wybroczynowy siatkówki, skutkiem którego powstał obraz wziernikowy podobny do naszego przypadku, z powodu że wybroczyny wystąpiły w wycinku, opisał Knapp (*Archiv für Aug.- und Ohrenheilkunde* I, 1) a późniéj Landesberg (Tamże tom IV, 109). Zaczopowanie częściowe tętnicy powstać może nietylko skutkiem wady sercowéj, któréj w naszym przypadku nie było, lecz także z powodu choroby naczyń. Kiła sprowadza zmiany w końcowych naczyniach, skutkiem których powstaje zakrzep, niedrożność, a nawet zanik (*obliteratio*) tętnicy (Heubner: *Die luetischen Erkrankungen der Hirnarterien* i w dziele Zeissla str. 561, 1882). W naszym przypadku jednak mogliśmy zaczopowanie częściowe z tego powodu wykluczyć, że tętnice były prawidłowe, zwężenie zaś światła tętnic lub przerost wewnętrznéj błony tętnicy siatkówkowéj (Heubner) sprowadzićby musiały zmiany widoczne wziernikiem.

Sprawa zakrzepowa żył w pewnych przypadkach może sprowadzić wybroczyny, które zajmują całe wycinki dna oka. Przypadek zapalenia kiłowego siatkówki z wybroczynami i zakrzepem żyły opisał nawet Hirschberg (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1870). Dotąd spostrzegano jeszcze bardzo mało przypadków wytwarzania się skrzepów w żyłach siatkówki, którym w przypadkach zapalenia siatkówki i nerwu wzrokowego, zdaniem Lebera (*Netzhautkrankheiten* str. 531), wielkie przypisać należy znaczenie. Jakkolwiek zaprzeczyć nie można, że zapalenie siatkówki, stłuszczenie ścian żylnych, stwardnienie tychże (*sclerosis*), zmiany powstałe skutkiem kiły, mogą dać powód do zakrzepu żylnego, to przecież w naszym przypadku wykluczyć możemy tę sprawę z powodu braku oznak wziernikowych zakrzepu. Leber (j. w.), który wspomina, że także przypadek zapalenia kiłowego siatkówki z zakrzepem żyły spostrzegał, tak opisuje obraz wziernikowy: żyła była 2 do 3 razy grubsza, bardzo ciemna, prawie czarna. Ta część żyły, która się znajdowała na tarczy nerwu wzrokowego, była cieniutka jak niteczka. W naszym przypadku żyły były wprawdzie grubsze i ciemniejsze, lecz tylko w stopniu odpowiednim zapaleniu siatkówki, żyły były wreszcie jednostajnie grube aż do ujścia swojego. Było wreszcie i tętnienie żyły przy ujściu, co dowodzi, że niedrożności nie było.

Zastanowić nam się jeszcze wypada nad naczyniami chłonnemi siatkówki i nad obiegiem limfy w téjże. Budowa żył, naczyń włosowatych i chłonnych siatkówki wykazuje bardzo ciekawe stosunki; równych w żadnym narządzie ciała ludzkiego nie napotykamy. Żyły i naczynia włosowate mają według Schwalbego *(Die Retina*, p. 441) podwójną warstwę śródbłonka; każda z tych warstw tworzy niejako osobne naczynie (*Endothelrohr*), z których jedno o mniejszéj średnicy znajduje się wewnątrz szerszego (zewnętrznego). Tylko grubsze żyły têm się różnią od naczyń włosowatych, że zewnętrzną warstwę śródbłonkową wzmacnia tkanka z ziarnami, którą Kölliker nazywa tkanką siatkowatą (*reticuläres Gewebe*).

Znaczenie szczególnéj budowy naczyń żylnych i włosowatych wykazał His (1865), a późniéj Schwalbe. Tenże wstrzykując błękit pruski pod wewnętrzną oponę nerwu wzrokowego (*Pialscheide*) nastrzykał pozornie całą sieć naczyń żylnych i włosowatych siatkówki. Dokładne badanie jednak wykazało, że ciecz wstrzyknięta dostała się tylko pomiędzy wewnętrzną i zewnętrzną warstwę śródbłonka. Widocznie nastrzykały się tylko przetwory onaczyniowe (*perivasculär*), mające znaczenie przestworów i dróg limfatycznych. Z tego wynika, że właściwe żyły znajdują się wewnątrz naczyń limfatycznych. Krew i limfę oddziela w żyłach i w naczyniach włosowatych siatkówki tylko cieniutka wewnętrzna warstwa śródbłonka.

W obec tych anatomicznych stosunków naciek przewodów limfatycznych (*indolente Lymphgefässinduration*, Zeissl), cechujący zresztą sprawę kiłową w okresie ogólnego zakażenia, nie może być obojętnym dla odpływu krwi żylnéj z siatkówki. Stawiając mechaniczny opór, skutkiem którego znaczniejsze rozszerzenie żył jest niemożebne, utrudnia on odpływ krwi żylnéj i równocześnie podwyższa parcie ościenne w naczyniach włosowatych téj części siatkówki, z któréj naciekłe żyły krew odprowadzają. A ponieważ oprócz tego, także i siatkówka jest w stanie zapalnym, a opór tkaniny jest zmniejszony, powstają więc wybroczyny włosowate, częścią skutkiem przerwania tychże, częścią *per diapedesin.* Naturalną jest rzeczą, że w razie takiego zastoju wybroczyny tam powstać muszą, gdzie jest główna siatka naczyń włosowatych, która według Schwalbego, jak już wyżéj wspomnieliśmy, właśnie w tych warstwach się znajduje, w których wybroczyny w przypadkach zapalenia kiłowego rzeczywiście napotykamy.

W naszym przypadku rozpoznaliśmy tak zwaną *perivasculitis* naczyń żylnych, najwyraźniejszą właśnie w naczyniach téj części siatkówki, w któréj wybroczyny nastąpiły. Rozpoznając *perivasculitis* wypowiadamy tylko, że wzdłuż naczyń widzimy wziernikiem białe smugi, z czego znowu widzimy, że ściany naczyń są zgrubiałe. Zgrubienie to powstać może skutkiem nacieku ścian żylnych, tkanki siatkowatéj Köllikera, naczyń limfatycznych okalających i obejmujących żyły, białemi ciałkami krwi (Iwanow, *Perivasculitis, Sitzungsberichte der ophthalmolog. Gesellschaft. Zehender's Monatsblätter* III., p. 328), skutkiem stwardnienia ścian naczyń, a wreszcie skutkiem ich zwyrodnienia tłuszczowego (Zeissl, Mauthner). Za têm, iż w przypadku naszym mieliśmy do czynienia z naciekiem naczyń limfatycznych, a nie ze stwardnieniem lub zwyrodnieniem tłuszczowêm naczyń żylnych, przemawiają następujące okoliczności: wiek

chorego, świeża stosunkowo kiła i równoczesne wystąpienie objawów drugorzędnych, zupełne wyleczenie, ustąpienie *perivasculitis* a więc wessanie nacieku, gdyż przy powtórném badaniu białych smug wykazać nie mogliśmy. Że zaś wybroczyny nie występują we wszystkich przypadkach tak zwanéj *perivasculitis*, powstałéj skutkiem nacieku limfatycznego ścian, pochodzi zapewne ztąd, że nie we wszystkich przypadkach opór siatkówki, w stanie zapalnym pozostającéj, w równym stopniu jest zmniejszony. Być wreszcie może, że w naszym przypadku parcie ościenne w tętnicach, podwyższone przynajmniéj przejściowo (chory dnia tego przyjął większą ilość gorących napojów) przyczyniło się także do wystąpienia wybroczyn w odcinkach siatkówki, odpowiadających żyłom nacieklym. Z powyższego wynika, iż obok zakrzepu żył (Hirschberg, Leber) także nacieki naczyń limfatycznych, otaczających żyły a utrudniających odpływ krwi, mogą stać się przyczyną wybroczyn, występujących wycinkami w przypadkach kiłowego zapalenia siatkówki. Dodać nakoniec muszę, że we wszystkich prawie opisanych przypadkach zapalenia kiłowego siatkówki z wybroczynami napotkałem wzmiankę, iż wzdłuż naczyń widać było białe smugi. Knapp zaś podaje jako znamię, cechujące zapalenie kiłowe siatkówki, że widzieć można białe smugi, które wzdłuż naczyń występują. (Dok. nast.)

III. Krytyczne uwagi nad dwoma pomyślnemi przypadkami trepanacyi czaszki.

Podał
Dr. Alfred Obaliński,
Docent Chirurgii w Uniw. Jagiell. i Prymaryjusz w szpitalu św. Łazarza.
(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

Trudniejszą jest sprawa wytłumaczenia sobie owych bólów, które w drugiéj połowie obserwacyi w krzyżach powstały a na porażoną nogę się rozciągały. Nasuwa się wprawdzie myśl, że przez zniszczenie pewnych części kory mózgowéj uledz mogą zniszczeniu początki włókien czuciowych wprost od kory ku rdzeniowi zdążających. Czy jednak ztąd bierze początek ów ból, trudno orzec.

W ciągu dalszym przychodzi mi omówić jeszcze jednę bardzo ważną kwestyję, mianowicie, jak sobie wytłumaczyć zupełny powrót funkcyj owych ośrodków psychomotorycznych, które przecież widzieliśmy przy operacyi w znacznéj części zniszczonemi?

Dopóki utrzymywało się mniemanie, że pewne ściśle ograniczone pola kory mózgowéj przewodniczą pewnym funkcyjom ciała i że te ośrodki są niezbyt rozległe, jak to jeszcze w najnowszém wydaniu monografii Bergmanna o obrażeniach głowy znachodzimy, dopóty musiano się chwytać naciągniętych i mało prawdopodobnych teoryj celem wyjaśnienia powrotu funkcyj zniszczonych ośrodków. Objęcie zastępczéj czynności narzucano albo innym ośrodkom sąsiednim, albo takim samym przeciwnéj strony, albo dużym zwojom mózgowym; dopiero Exner w swéj monografii z r. 1881 (*Untersuchungen über die Localisation der Functionen in der Grosshirnrinde des Menschen*) udowodnił za pomocą mozolnych graficznych zestawień z dobranych przypadków kazuistycznych, że ośrodki te nie składają się z ograniczonych pól, jak dotąd mniemano, lecz że różne ośrodki na siebie zachodzą tworząc absolutne pola, odpowiadające mniéj więcéj dotychczasowym ośrodkom i względne pola, które się z innemi względnami polami mięszają. Na poparcie tego przytacza znane fakty ruchów towarzyszących np. licem lub szczęką przy usilnym ruchu ręki. Tym sposobem tłumaczymy sobie objęcie zastępstwa przez pola względne po zniszczeniu znacznéj nawet części pola absolutnego. Czy całe pole absolutne zniszczone może być zastąpioném, zdaje się być nieprawdopodobném, jednak możliwém. Z drugiéj strony przytacza Exner przypadki, w których po zniszczeniu znacznéj przestrzeni kory mózgowéj wcale nie przyszło do powrotu funkcyj utraconych, na dowód, iż ośrodki korowe jednéj półkuli nie są w możności objęcia zastępstwa za takież same ośrodki drugiéj półkuli. — Mnie znanym jest dokładnie przypadek, w którym zniszczone były w większéj części obustronne ośrodki psychomotryczne dla odnóg dolnych; porażenie było w obu nogach całkowite a jednak ruchy powróciły, jakkolwiek niezupełnie. Ten przypadek jednak dowodzi, że jedna półkula za drugą zastępstwa nie obejmuje.

Mało może w którym zawodzie tak często sprawdza się prawo wielokrotności wydarzeń (jeżeli się tak wyrazić wolno) jak w medycynie. Przypadki rzadkie zazwyczaj idą w parze. Tak téż było i tym razem; jeszcze nie ukończyłem obserwacyi pierwszéj, gdy przywieziono do szpitala przypadek drugi bardzo do tamtego zbliżony, a który pokrótce niniejszém do wiadomości łaskawych czytelników podaję.

Józef Walczak, lat 25 liczący wyrobnik przy szańcach został przysypany ziemią spadającą z wysokosci kilku metrów, przyczém go ciężka belka uderzyła w szczyt głowy. Zaraz tego samego dnia tj. 13go lipca 1882 przyniesiono go do szpitala św. Łazarza, gdzie go lekarz pomocniczy zbadawszy stósownie opatrzył, gdyż znalazł na głowie w okolicy tylnego wewnętrznego kąta kości ciemieniowéj ranę powierzchowną. Również zanotowano, że chory był nieprzytomnym.

Dnia następnego zbadany okazywał stan następujący: Budowę ciała i odżywienie wiekowi odpowiednie. Leży na pół śpiący, na pytanie daje odpowiedzi leniwo i z trudnością, skarży się na ból głowy po stronie prawéj. Ciepłota ciała nie podwyższona, tętno 40 uderzeń na minutę, dwubitne.

Na głowie po stronie prawéj w okolicy tylnego wewnętrznego kąta kości ciemieniowéj widać ranę ukośnie przebiegającą, kilka centimetrów długą, o brzegach nierównych tłuczonych, w głąb tylko przez grubość skóry sięgającą. Okolica téj rany na przestrzeni sporéj dłoni znacznie wzniesiona, tępo chełbocząca przy ucisku nieco bolesna. Przypadów ogniskowych nie znaleziono żadnych. Gdy na trzeci dzień stan nie tylko się nie zmienił, lecz przypady ogólnego ucisku na mózg, stały się nieco wybitniejszemi zacząłem nabierać przekonania, że pod ową chełboczącą warstwą krwi pod czepiec czaszkowy wynaczynionéj musi się znachodzić złamanie czaszki z prawdopodobném zagnieceniem odłamków w głąb jamy czaszkowéj. Gdybym się był powodował dotychczasowemi zapatrywaniami na obrażenia czaszki, byłbym chorego tego pozostawił nadal w obserwacyi; lecz mając na poprzednim przypadku doświadczenie, że z początku bez objawów ogniskowych przebiegające obrażenie czaszki po kilku tygodniach stało się bardzo ciężkiém a nawet życiu zagrażającém, postanowiłem w tym przypadku, gdzie nadto miałem objawy ogólnego ucisku na mózg, przekonać się naocznie, ażali nie ma podejrzywanego wgniecenia odłamków wgłąb, czyli postanowiłem wykonać cięcie dyjagnostyczne, które zazwyczaj dotąd przez powagi bywało

wzbranianém, a którego skutków się nie obawiałem w obec pewnego władania metodą antyseptyczną.

Poleciłem natychmiast całą głowę ogolić i dokładnie mydłem i karbolem oczyścić a po zachloroformowaniu chorego rozciąłem powłoki na czaszce w kierunku istniejącéj już rany powierzchownéj. Gdy brzegi rany dokładnie hakami rozsunięto i pole operacyjne z nagromadzonéj krwi wynaczynionéj oczyszczono, spostrzegłem pęknięcie czaszki w długości 3 cm. a oraz wtłoczenie jednego odłamka w głąb przynajmniéj na pół centimetra. Znalazłszy taki stan nie namyślałem się ani na chwilę co daléj zrobić, powiększyłem pole operacyjne za pomocą drugiego cięcia prostopadle do poprzedniego wykonanego i wypiłowałem trefiną najprzód jeden, a gdy to do usunięcia zaklinowanych odłamków nie wystarczało, i drugi krążek kostny a następnie wydobyłem zgniecone odłamki, z których jeden wielkości połowy pióra stalowego wbity był ostrym swym końcem przez twardówkę w mózg. Po wyjęciu tego kawałka rozciąłem kawałek twardówki, oczyściłem jamkę powstałą przez wbity odszczep, założyłem dren, zaszyłem ranę i opatrzyłem ściśle antyseptycznie. Gojenie odbywało się zupełnie prawidłowo; gorączki nie było prawie żadnéj, bo ciepłota raz jedyny była podwyższoną i to nieznacznie (38·1°). Ani bóle ani żadne objawy ogniskowe nie pojawiły się aż do samego zagojenia rany, które nastąpiło w 6 tygodni po operacyi.

Wprawdzie w tym przypadku było zranienie mózgu znacznie daléj ku tyłowi, więc była możebność, że przypadło w miejscu, w którém nie znachodzi się żadne pole psychiczne, jednak zdaje mi się, iż gdyby nie była wczas wykonaną operacyja, byłoby może i w tym przypadku skutkiem odczynowego obrzęku przyszło do następowych porażeń a przynajmniéj do porażenia jednéj odnogi dolnéj, któréj ośrodek psychomotoryczny najbliżéj leżał zranionego miejsca. Tak więc jak w poprzednim przypadku przyspieszyła trepanacyja powrót do stanu prawidłowego a prawdopodobnie i zapobiegła niebezpieczeństwu życia, tak w obecnym przypadku nie dopuściła do wystąpienia objawów ogniskowych i zniosła natychmiast objawy ogólnego ucisku śródczaszkowego.— Nadto zwrócić muszę jeszcze uwagę na zupełny brak odczynu w przebiegu po téj trepanacyi; pochodzi to zdaniem mojém ztąd, że w tym przypadku wykonaliśmy ją wczas, zanim jeszcze przyszło do ropienia lub przeobrażenia wstecznego.

Jeżeli z tych dwóch przytoczonych tu przypadków trepanacyi nie wynika jeszcze uzasadnione twierdzenie, że zapobiegawcza trepanacyja jest uprawnioną, to w każdym razie zachęcają one do częstszego niż dotąd jéj używania, aby na podstawie wielkiéj ilości przypadków można było pod tym względem orzec coś stanowczego.

IV. Oceny i sprawozdania.

Rossbach: **Apomorphinum muriaticum.**

Według Rossbacha można bez wahania używać apomorfinu jako leku wykrztuśnego w dawkach 0,005—0,01gm. Zazwyczaj wystarczało 0,03gm. dziennie tak u dzieci jak u dorosłych, aby kaszel suchy, męczący, przemienić w kaszel wilgotny, połączony z łatwém wykrztuszaniem i występujący o wiele rzadziéj. Wyjątkowo tylko autor był zmuszonym do użycia dawki 0,04 do 0,06 dziennie. Do wyjątków tylko zalicza R. wystąpienie wymiotów. Wymioty te zresztą następowały po prawie nic nieznaczących nudnościach. Apetyt wcale nie był upośledzony skutkiem tego leku.

Apomorfin podskórnie stosowany wywołuje wymioty w znacznie mniejszych dawkach, aniżeli wewnętrznie podany. Zazwyczaj wystarczają tutaj dawki 0,005—0,01. Zachodzi tutaj więc stosunek odwrotny, jak przy winianie antymonowo-potasowym. Grimm bowiem i Hermann stwierdzili, że, aby wywołać wymioty, należy użyć znacznie większych dawek emetyku, zastrzykując go podskórnie, niż, jeżeli go się podaje wewnętrznie. Z tego należy wnioskować, że apomorfin działa bezpośrednio na odpowiednie ośrodki nerwowe, sprowadzając wymioty, emetyk zaś działa na drodze odruchowéj przez podrażnienie nerwów żołądkowych. Według Hegera apomorfin podany wewnętrznie dla tego nie tak łatwo wywołuje wymioty, że znaczna część jego dostaje się do wątroby, gdzie w krążeniu żyły bramnéj dłuższy czas zostaje wstrzymaną. W dwóch przypadkach suchot płucnych, w których chorzy już od dłuższego czasu używali morfinu, zależało autorowi na tém, aby przerwać to ustawiczne podawanie narkotyku, aby chorych do niego zbytnie nie przyzwyczajać. Chorzy jednak dostawali, zaraz po zaprzestaniu podawania morfinu, nieznośnych napadów kaszlu. Autor podał dla próby apomorfin wewnętrznie jako *expectorans*. Lek ten uspokoił znakomicie kaszel. Dwa te przypadki są zachęcającemi do dalszych prób.

Rossbach zapisuje apomorfin w następującéj formie: *Rp. Apomorphini hydrochlorici 0.03* do *0,05, Acid. hydrochlor. dilut. 0,50. Aquae destillat. 150,00 D. in vitro nigro. S.* Co 2 godziny łyżkę. Syrupu autor nie radzi dodawać; chory może lek ten jednak używać po łyżce w wodzie ocukrzonéj. Rozczyn apomorfinu rozkłada się w świetle i zielenieje. Rozczyn powyższy powinien być wodojasny, bezbarwny, co najwyżéj z odcieniem zaledwie zielonawym. Rozczynu ubarwionego zielono nie należy używać.

Morfin w połączeniu z apomorfinem sprawia ten sam skutek co morfin z ipekakuaną, t. j. uśmierza kaszel, rozcieńcza śluz i ułatwia znakomicie odkrztuszanie. Autor przepisuje tutaj *Rp. Morphin. hydrochlor. 0,03, Apomorphin. hydrochlor. 0,03* do *0,06, Acid. hydrochl. dilut. 0,50, Aq. destilat. 150,00 D. in vitro nigro S.* Co 2 do 4 godzin po łyżce. (*Berl. kl. Wochenschrift*, 1882, Nr. 27). *Dr. Kopff.*

Fleischer: **Trawienie żołądkowe śród różnych wpływów.**

F. poczynił dalszy ciąg doświadczeń nad wpływem wyskoku, wina i piwa na błonę śluzową żołądka, poparty przez badanie Buchnera (*Rundschau*, 1882, I. zeszyt, str. 4). Celem doświadczeń jego jest stwierdzić, czy należy pić wodę przed lub po jedzeniu. Zastósował w doświadczeniach swych niezmieniony przez Buchnera sposób badania. Nasamprzód oznaczył dokładnie czas trawienia pewnych środków odżywczych dla żołądka zdrowego. Uskutecznił to podając o 12 godzinie w południe befsztyk, chleb i rosół, a wypróżniając żołądek po 6 do 7 godzinach dokładnie za pomocą pompy żołądkowéj. Oznaczywszy w ten sposób trawienie u osób do doświadczeń użytych, podawał na drugi dzień te same potrawy, dodając śród jedzenia $^1/_2$—$1^1/_2$ litra wody, i o téj saméj godzinie jak dnia poprzedniego wprowadził zgłębnik żołądkowy. Doświadczenia te okazały, że częstokroć zdrowy żołądek w skutek picia wody zimnéj w trawieniu żadnéj zmiany nie doznaje. Większa ilość doświadczeń stwierdziła, że $^1/_2$ litra wody przy jedzeniu wypita nie wpływa na trawienie, dalsze pół litra podczas trawienia sprawia nie-

znaczne, a trzecie $^1/_2$ litra znaczne upośledzenie trawienia w zdrowym żołądku. Chorej, cierpiącej na nieznaczne rozdęcie żołądka z nieżytem, która poprzednio pewną potrawę nie pijąc wody, w 7 godzinach zupełnie strawiła, podano podczas trawienia $^1/_2$ litra wody. W tym dniu trawienie po 7 godzinach jeszcze nie było zupełnie ukończone, dnia następnego zaś, gdy chora wcale wody nie piła, wydobyto z żołądka płyn prawie zupełnie czysty. Aby stwierdzić wpływ dłuższego ruchu na trawienie, nakazano badanym przez kilka godzin niezbyt prędko przechadzać się podczas trawienia. Przytem okazało się, iż trawienie było najczęściej upośledzone. Celem stwierdzenia działania gorących przyparek na trawienie żołądka zastosowano takowe u kilku zdrowych osób zaraz po jedzeniu. Okazało się, że trawienie u wszystkich osób (prócz jednéj) było o godzinę przyspieszone, pomimo użycia znaczniejszéj ilości potraw. Zimne okłady nie wywołały wpływu na trawienie, również jak rozcieńczony kwas solny i pepsyna. Bez wpływu na trawienie okazały się wymienione przetwory u kilku chorych cierpiących na lekki nieżyt żołądka i rozdęcie tegoż, gdy w płynie wydobytym z żołądka stwierdzić można było już poprzednio kwasy wolne. Gorące przyparki, pepsyna i rozcieńczony kwas solny upośledziły trawienie u chorego cierpiącego na niestrawność. Na koniec wspomina F. o wpływie czyszczeń miesięcznych na trawienie żołądka. Takowe upośledzają trawienie prawie zawsze znacznie, co już Kretschy stwierdził. Podczas ustawania czyszczeń miesięcznych i po latach przechodowych trawienie dochodzi do stanu prawidłowego. Te badania podały niejakie wskazówki w celu leczenia chorób żołądkowych. Gorące przyparki, przyspieszając trawienie, są skuteczne w przewlekłym nieżycie, w wrzodzie i rozdęciu żołądka. Po stwierdzeniu w płynie wydobytym z żołądka większéj ilości wolnego kwasu solnego przepisywanie tegoż chorym będzie bezskutecznem, pepsyna zaś, któréj ilości u chorych z upośledzonem trawieniem dokładnie oznaczyć nie można, nie zaszkodzi nigdy, lecz owszem może być przydatną. Ponieważ w leczeniu chorób żołądka głównie na tém zależy, aby trawienie żołądkowe ulatwić, przeto należy chorym wzbronić używania znaczniejszéj ilości zimnéj wody podczas trawienia, również dłuższych przechadzek. (*Berl klin. Woch.*, 1882, Nr. 7). *Dr. Karol Reiss* (w Dukli).

A u f r e c h t: **Patogeneza wrzodu żołądkowego.**

Piękne wyniki, do których doszedł Quincke w swéj niedawno ogłoszonéj pracy, widocznie nie załatwiły sprawy, jeżeli znów czytamy o tymże samym przedmiocie szczegóły, zdolne zachwiać rezultatami tak mozolnych doświadczeń.

A u f r e c h t wstrzykiwał zwierzętom pod skórę kantarydyn (w zawiesinie tłuszczowéj) celem sprowadzenia u nich zapalenia nerek. Jako szczegół uboczny wykrył w tych, często wykonywanych, doświadczeniach zmiany w żołądku zdolne rzucić światło niejakie na powstawanie tamże wrzodów. Stwierdził bowiem obecność ubytków, często nader licznie po błonie śluzowéj żołądka rozsianych, wielkości soczewicy, wypełnionych skrzepem krwi takichże rozmiarów. Brzegi niektórych ubytków były wałowate, wyniosłe. Prócz tego spostrzegł autor w jednym przypadku kilka ściśle od otoczenia odgraniczonych, szarawych miejsc, kształtu wybitnie kolistego, tychże samych rozmiarów co ubytki poprzód wymienione. Z badań drobnowidowych, w licznych przypadkach dokonanych, wnosi autor, że owe ogniska zmienionéj szarawéj błony śluzowéj odpowiadają ograniczonemu zapaleniu gruczołów żołądkowych, którego okres drugi przedstawia się w postaci ubytków skrzepami krwi wypełnionych. Wynaczynienia krwi należy uważać za wynik zmian zapalnych naczyń włosowatych, zmian rozwijających się w następstwie zapalenia gruczołów żołądkowych (*Gastroadenitis circumscripta*). Tę to sprawę należy uważać, — obok rzadko wydarzających się zatorów — za przyczynę powstawania wrzodu żołądkowego, a nie pierwotne wybroczyny, jakto jeszcze ogół przypuszcza. (*Wien. med. Bl.* Nr. 32, 1882).

Dr. Pisek.

Wiadomości pomniejsze.

(K. Gr.) **Leczenie guzów krwawnicowych za pomocą wstrzykiwań kwasu karbolowego.** W rozprawach, które się niedawno toczyły w Towarzystwie klinicznem w Nowym Yorku, nadmienił Dr. K e l s e y o doświadczeniach swych z wstrzykiwaniami kwasu karbolowego. Używa on rozczynu 1cz. kw. karbolowego w $6^1/_2$ częściach wody i tyluż gliceryny i z tego rozczynu wstrzykuje mniéj więcéj 5 kropli do każdego guza krwawnicowego. Do tego rękoczynu nie potrzeba żadnego środka znieczulającego a ból, który po tém nastaje, bywa bardzo lekki. W jednym przypadku, w którym użył rozczynu dwa razy silniejszego, wszystkie guzy obumarły a w innym, leczonym przez jednego z kolegów, widział Dr. K., iż powstało rozległe owrzodzenie, lecz to przypisuje brakowi wprawy w wykonaniu. Zazwyczaj powtarzał wstrzykiwania w tygodniowych odstępach czasu, tak aby można było spostrzegać zupełny skutek każdego wstrzyknięcia, zanim zrobiono drugie, a w ten sposób leczenie przeciąga się na miesiące, ale skoro jest bezbolesne i nie wymaga spoczynku ani nawet zaprzestania zwykłych zajęć, to w wielu przypadkach jest to zupełnie bez znaczenia. Ten sposób leczenia, jeżeli się go starannie wykonywa, zdaje się być bezpiecznym, skutecznym, mało co bolesnym lub prawie zupełnie niebolesnym i niewymagającym leczenia lub szczególnego pielęgnowania. Z tego powodu może być użytecznym, gdy dla jakichś przeciwwskazań nie można przystąpić do podwiązania lub odciśnięcia, a szczególniéj gdy chory nie może leżeć w ciągu leczenia. (*The Lancet*, 1882, II, Nr. 8).

(H. S.) **W celu leczenia brodawek na skórze** poleca Unna maść złożoną z arszeniku i rtęci tak, że na 1cm. plastru przypada 0,005 arszeniku a 0,0025 rtęci. Pod plastrem tym brodawki wkrótce maleją i znikają w przeciągu mniéj więcéj dwóch tygodni. Otaczająca skóra zdrowa nie ulega pod tym plastrem żadnéj zmianie ani zadrażnieniu. (*Wiener med. Blätter* Nr. 30, 1882).

(A. K.) **Mleko sproszkowane**. Na posiedzeniu Towarz. lekar. w Paryżu opowiedział Dr. D u b o v e swój sposób karmienia chorych, nieznoszących mleka, co ma miejsce np. w wrzodach żołądka, proszkiem otrzymanym przez wyparowanie do sucha dobrze zebranego mleka; 120grm. tego proszku zastępuje litr mleka; proszek ten na ciepło jest rozpuszczalny. (*Le Progrès Medical*, Nr. 33).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie IX z d. 10 maja 1882.

Przewodniczący kol. doc. J o r d a n. Członków obecnych 23.

(Dokończenie. Patrz Nr. 42).

3) Kol. prof. K o r c z y ń s k i przedstawił:

a) C h o r e g o z r t ę c i c ą (*mercurialismus constitutionalis*). Chory ten lat 17 liczący, czeladnik w fabryce kapeluszy Berla

Landaua w Tarnowie, jest już piątym chorym, jaki w ciągu ostatnich dwóch lat dostaje się z powodu rtęcicy do kliniki krakowskiéj. Pracował on bezkarnie pierwsze dwa lata w fabryce, zajęty w części nadzorowaniem kotła, w którym wygotowywano skórki zajęcze i królicze, w części prasowaniem i przykrawywaniem skórek już wyrobionych. W trzecim roku téj pracy począł chory doznawać dokuczliwych bólów w stosie pacierzowym, które miały się powiększać przy wykonywaniu ruchów, poczém miała się zjawić opuchlina odnóg dolnych kilka tygodni trwająca, drżenie najpierw w odnogach górnych a potém w dolnych i zmiany w jamie ustnéj, które polegać miały na obrzmieniu i krwawieniu dziąseł, chwianiu się zębów i ślinieniu. Zboczenia te miały się powiększać stopniowo tak, że chory w pół roku po rozpoczęciu się objawów chorobowych musiał zaprzestać dalszéj pracy w fabryce. Stan ten miał się poprawić w ciągu 5 miesięcy, w którymto czasie chory nie narażał się daléj na wpływ rtęci. W pół roku po wróceniu napowrót do zajęcia kapeluszniczego objawy chorobowe znów się spotęgowały. Chory przybył do kliniki w dniu 2 maja 1882 r.

Narządy wewnętrzne nie przedstawiają żadnych zboczeń, z wyjątkiem nieznacznych zmian zołzowych i bardzo nieznacznéj ilości białka w moczu. Odżywienie chorego jest dosyć dobre. Jedyne zboczenia ważniejsze znajdują się w jamie ustnéj i w układzie nerwowym. W ustach widać zaczerwienienie sinawe i mierne obrzmienie brzegów dziąseł, które łatwo broczą, i mierne ślinienie, a dotykając stwierdzić można chwianie się zębów, osobliwie dolnych siecznych. W sferze umysłowéj zauważyć można pewne przytępienie władz umysłowych obok miernie wygórowanéj wrażliwości umysłowéj. Czucie ciepłoty, czucie elektryczne wszędzie należyte, lokalizacyja czucia wszędzie bardzo dokładna, możność odczuwania dwóch równoczesnych wrażeń bardzo delikatna, przy tém jednak istnieje przeczulica tak dotykowa, jakoteż bólu wszędzie, osobliwie jednak na odnogach dolnych. Podmiotowo żali się chory na bóle w stosie pacierzowym, w stawach łokciowych i w obydwu pachwinach. W sferze ruchu uderza przedewszystkiém wzmożenie odruchów skórnych, mięśniowych i ścięgnistych i drzenie. To ostatnie przedstawia się jako ciągłe oscylacyjne drżenie, które wzmaga się pod wpływem zimna, wrażeń umysłowych lub zamierzonego wykonywania ruchów. Nadto uważać można chwilowe kurcze kloniczne w poszczególnych mięśniach i grupach mięśniowych, mimowolne podrywania odnogami i małą niezborność ruchów przy chodzeniu i poruszaniu rękami.

Badanie moczu, wykonane w pracowni prof. Stopczańskiego, nie wykazało obecności rtęci. Badanie to jednak nie rozstrzyga, gdyż do rozbioru nadesłano małą ilość moczu. Po powtórzeniu tego badania dalsze zabiegi zmierzać będą do wyśledzenia rtęci w moczu po używaniu jodku potasu i w pocie i ślinie po zastrzyknięciu chlorku pilokarpinu.

b) Chorego ze zrostem osierdzia i upośledzeniem drożności żyły głównéj górnéj. Chory ten, lat 28 liczący, poprzednio zupełnie zdrów oddawał się jako parobek zawsze cięźkiéj pracy. Choroba obecna rozpoczęła się we wrześniu 1881 r. od bólów w licznych stawach, które zmieniały często siedzibę i zniewoliły chorego do usunięcia się od pracy. Wkrótce potém pojawiło się kłócie w okolicy serca, duszność i sinica, któreto przypady wzmagały się coraz bardziéj. Chory przybywszy do kliniki w dniu 12 marca rb. przedstawił wybitną sinicę, która niestosunkowo była większą na odnogach górnych i na twarzy aniżeli na dolnéj połowie ciała, wzmożoną czynność serca, które okazywało się przerosłe i rozszerzone, zapadanie się skurczowe począwszy od 3—7 przestworu międzyżebrowego falisto wzdłuż linii osiowéj serca postępujące bez istnienia gdziekolwiek wypuklania się skurczowego, wreszcie rozkurczowe a względnie przedskurczowe zapadanie się żył szyjnych, stale mocno wydętych. W ciągu obserwacyi klinicznéj nasilenie ruchów serca zmiejszyło się, a co ważniejsza żyły szyjne znacznie mniéj wydęte okazywały tylko zwykłe falowanie, sinica na odnogach górnych znacznie zmalała a na twarzy nieco się zmniejszyła. To wszystko nastało wśród widocznego i coraz bardziéj potęgującego się rozszerzania naczyń żylnych podskórnych na tylnéj i bocznéj części klatki piersiowéj i w okolicy lędźwiowéj.

Obecnie znajduje się: Bardzo mierna rozedma płuc z nieżytem oskrzelowym przybrzeżnym. Granice płuc wszędzie należycie ruchome. Zapadanie się skurczowe miernego stopnia w 4 i 5tém międzyżebrzu wyraźniejsze ku linii sutkowéj, obok skurczowego zapadania się dołka podsercowego. Objawy przerostu i rozstrzeni serca w obydwu komorach średniego stopnia. Drugi ton nad tętnicą płucną zaostrzony. Tętno rzadkie, dość wielkie i twarde. Granice serca przy ruchach ciała ruchome; objawów ucisku na tchawicę, gardziel lub nerwy błędne nie ma. Żyły szyjne miernie wydęte lekko falują. Twarz sina, osobliwie wargi i język. Spojówki mocno przekrwione, żyły siatkówkowe mocno wydęte. Odnogi górne również sine, a żyły podskórne na nich bardzo widoczne. Mniejsza sinica odnóg dolnych, na których znajdują się mierne żylaki. Wątroba i śledziona miernie powiększone; mocz prawidłowego ciężaru bez białka. Na tylnéj i bocznéj części klatki piersiowéj i w okolicach lędźwiowych gęsta siatka naczyń żylnych.

Rozpoznanie zrostu osierdzia opiera się w danym przypadku na wywiadach, które wskazują przebyte zapalenie stawów, a prawdopodobnie i przebyte zapalenie osierdzia, na skórczowém zapadaniu się dwóch przestworów międzyżebrowych i dołka podsercowego, i przedskórczowém zapadaniu się żył szyjnych. Czy równocześnie istnieje włókniste zapalenie śródpiersia (*mediastinitis fibrosa*), rozstrzygnąć nie podobna; w każdym razie brakuje objawów rozpoznawczych téj choroby; brzegi płuca są ruchome, serce okazuje prawidłową ruchomość, brakuje objawów ucisku na trzewa w śródpiersiu się mieszczące, a tętno nie wykazuje wdechowego zmniejszenia się fal. Jedynym objawem uciskowym jest upośledzenie drożności żyły głównéj górnéj. Za niém przemawiają: niestosunek między sinicą górnéj a dolnéj połowy ciała dotąd istniejący, który z początku był jeszcze wybitniejszy, a począł się zmniejszać dopiero wtedy, gdy na klatce piersiowéj i grzbiecie rozwijać się poczęła siatka żył podskórnych, świadcząca o wytwarzaniu się obiegu krwi ubocznego. W obec poprzednich uwag nie można rozpoznać na pewne, czy żyła główna górna uciśniętą jest tworami pozapalnemi jeszcze w zakresie otoczenia przez worek osierdziowy, czy też po za takowym przez twory zapalne w śródpiersiu (*mediastino-pericarditis*). Obieg krwi uboczny, dla ułatwienia odpływu krwi z żyły głównéj górnéj, wytwarza się przez rozszerzenie gałęzi *ven. mammariae internae, thymicae, pericardiacae, mediastinicae, intercostales supremae (a vena anonyma), vena lumbalis prima, suprarenalis (a vena azygos)*, które łączą się z gałęziami *od venae lumbales, suprarenales, diaphragmaticae*.

c) Tenże okazał:

α) Cygaretka z *Grindelia robusta* zalecone przeciwko astmie przez K. Bombelona (*Deutsch. med. Woch*, 1881, Nr. 48) a wyrabiane przez aptekarza Bombelona w Hohenmölsen. Cygaretka te sporządzone są w części z liści tego ziela, w części z tytuniu napojonego rozczynem wyskokowym istoty żywicznéj, jaka znajduje się w kwiecie téj rośliny. *Grindelia robusta* rośnie na wybrzeżu zachodniém Ameryki, należy do rodziny Asteroideae, i nie ma zawierać żadnego pierwiastka odurzającego.

β) Sól Morszyńską otrzymywaną ze zdroju Bonifacego. Sól ta, według rozbioru prof. Dra Radziszewskiego, dokonanego w kwietniu 1881 r., zawiera w 1000 częściach następujące ciała, obliczone już na połączenia krystaliczne:

Siarkanu sodowego	745,31 gm.
Chlorku sodowego	230,58 „
Siarkanu magnowego	12,11 „
Siarkanu potasowego	6,62 „

przy tém wilgoci 5,38 gm. Jeżeli wyrób téj soli będzie uskuteczniony tak, aby sól przynajmniéj w znacznem przybliżeniu miała powyższy stosunek składników (małe różnice zawsze przydarzać się muszą), powinna ona uzyskać rozległe wzięcie lecznicze. Skład powyższy stawia ją bowiem wyżéj nietylko nad solą karlsbadzką (*Sprudelsalz*) do niedawna otrzymywaną, która była prawie czystą solą glauberską z homeopatycznie małym dodatkiem chlorku sodowego i węglanu sodowego, ale nawet nad solą karlsbadzką (*Sprudelsalz*) otrzymywaną w ostatnich czasach pod kontrolą chemika Dra Sipőcza według dawniejszego przepisu Ragsky'ego. Sól ta ma bowiem mieć skład następujący: siarkanu sodowego 37,69%, chlorku sodowego 0,39%, węglanu sodowego 5,99%, wody krystalicznéj 55,52%. Dodatek sporéj ilości chlorku sodu, jaki wykazuje rozbiór chemiczny w soli Morszynskiéj, podnosi bowiem znakomicie jéj zakres wskazań, umożebnia używa-

nie nawet przez czas dłuższy bez wywołania niekorzystnego wpływu na przewód pokarmowy i na stan ogólny, może ona podniecić łaknienie, zwiększać wydzielanie soku żołądkowego, ułatwiać wessanie istot strawionych i działać korzystnie na mięszaninę krwi i poprawę odżywiania. Sól Morszyńska, odpowiadająca pierwotnemu rozbiorowi chemicznemu prof. Radziszewskiego, może więc być używaną z korzyścią nietylko w przypadkach, gdzie wskazaną jest sól karlsbadzka, ale nadto u ludzi wątłych, niedokrewnych w celu przyspieszenia ruchu żołądka i jelit i zobojętniania miazgi pokarmowéj, bez obawy zmniejszenia zapasu krwi i sił.

Własności farmakodynamiczne soli Morszyńskiéj zbliżają ją do nowego wyrobu zdrojowego karlsbadzkiego, t. j. do soli zdrojowéj (*Quellsalz),* która składać się ma przeważnie z 42% siarkanu sodowego, 35% dwuwęglanu sodowego i 18% chlorku sodowego.

W sprawie ostatniéj zabierał głos kol. Merunowicz, podając kilka ważnych szczegółów dotyczących Morszyna do wiadomości.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Otrzymaliśmy: „Sprawozdanie komisyi lustracyjnéj Sejmu z czynności Depart. V Wydziału krajowego od 1 lipca 1881 do 1 lipca 1882 r." i podajemy z niego niektóre ciekawsze szczegóły:

Wydatki sanitarne kraju naszego są mniejsze, aniżeli w innych krajach koronnych; tak w r. 1880 płacił na cele sanitarne każdy mieszkaniec w Czechach 35,5 ct., w Morawii 37,5, w Styryi 43,6, w Austryi dolnéj 66,1, w Galicyi tylko 13 ct. (A przecież kraje płacące 3—5 razy tyle co Galicyja, nie narzekają tyle na ogrom wydatków). Komisyja lustracyjna sądzi, że rozporządzenie Wydziału krajowego (ograniczające przyjmowanie chorych do szpitali) w obec faktycznego, wyrozumiałego i łagodnego w praktyce wykonania, i nadal co do zasady w mocy utrzymać, jednak o tyle wyjaśnić należy, aby ono lekarzom szpitalnym większą zostawiło swobodę w przyjmowaniu chorych, a mianowicie i nieuleczonych bez powikłania chorobowego, jeżeli pomoc lekarska w danym przypadku cierpiącemu prawdziwą ulgę przynieść może.

Daléj konstatuje komisyja, że procent śmiertelności w. r. 1881 wynosił w szpitalu lwowskim 8,37, a w krakowskim 10,7, podczas gdy w szpitalach wiedeńskich wynosi 12—14. Wielkie pochwały oddaje komisyja gospodarstwu w zakładzie kulparkowskim.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 8—14 października ogólna śmiertelność w Krakowie wynosiła według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 17,5 (24,4 z. t.). Z odry umarło 1 (0 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z durzycy brzusznéj 1 (0 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.); z zimnicy 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku odry. W tygodniu od 1 do 7 października leczyło się na ospę w Londynie 85, świeżo zapadło 18, umarło 3. W Wiedniu umarło 2, w Warszawie 7, w Granadzie 8, w Budapeszcie i Paryżu 5, w Roterdamie 6, w Petersburgu 12, w Madrycie 28. Płonica szerzy się w Londynie. Dur brzuszny zabrał w Paryżu więcéj ofiar (134), leczyło się w szpitalach 1166. Dur osutkowy sporadycznie pojawia się w większych miastach. Czerwonka złagodniała w Malmoe. W Rio de Janeiro umarła 1 osoba na febrę żółtą w czasie od 1—15 sierpnia.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 1—7 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 24,4; w Poznaniu 25,2; w Wiedniu 22,0; w Budapeszcie 23,0; w Pradze 26,5; w Tryjeście 26,6; w Berlinie 24,5; w Wrocławiu 29,3; w Gdańsku 30,1; w Mnichowie 25,8; w Dreźnie 18,3; w Lipsku 27,4; w Bazylei 15,5; w Brukseli 19,2; w Amsterdamie 23,5; w Hadze 20,6; w Paryżu 23,6; w Londynie 19,1; w Kopenhadze 19,6; w Chrystyjanii 17,1; w Petersburgu 28,3; w Odesie 36,6; w Rzymie 21,7; w Wenecyi 16,5; w Bukareszcie 23,4; w Madrycie 33,0; w Lizbonie 24,2; w Nowym Yorku 25,7; w Filadelfii 17,1; w Bombayu 23,2; w Madrasie 36,1. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, d. 25 października. Na posiedzeniu Wydziału Lek. w d. 21 bm, odbytém Dziekan prof. Rydel przywitał nowo wstępujących do grona profesorów pp. Browicza, Mikulicza i Łazarskiego, a w odpowiedzi prof. Mikulicz zapewnił, że powróciwszy do kraju rodzinnego dołoży wszelkich starań, aby być życzliwym dla młodzieży kierownikiem i pracować na pożytek umiejętności ojczystéj. Następnie Dziekan wspólnie z prof. Mikuliczem uznając, pierwszy zasługi dydaktyczne, ostatni prace naukowe i szpitalne dotychczasowego zastępcy profesora, docenta Obalińskiego, uczynili wniosek, aby Wydział wyjednał u Ministerstwa zamianowanie go nadzwyczajnym profesorem chirurgii. Wniosek ten Wydział przyjął jednomyślnie i poruczył sprawozdanie prof. Mikuliczowi.

Jednomyślna ta uchwała Wydziału, powzięta za czynnym udziałem nowomianowanego prof. Mikulicza, sama przez się jest wymownym dowodem uznania przez grono kompetentne zasług tak dydaktycznych, jakotéż naukowych i szpitalnych kol. Obalińskiego; uchwale téj przyklasnęli wszyscy tutejsi koledzy, a zapewne i zamiejscowi, bo téż rzadko który lekarz używa takiego wzięcia u kolegów i chorych, jak Dr. Obaliński, u którego skromność idzie w parze z pilnością i poczuciem obowiązków. Z niezwykłego zadania swego, kierowania równoczesnego kliniką chirurgiczną i wielkim oddziałem chirurgicznym, Dr. Obaliński w roku ubiegłym umiał wywiązać się ku wielkiemu zadowoleniu tak Wydziału lekarskiego jakotéż Wydziału krajowego, i zasłużyć się dobrze krajowi.

Na témże posiedzeniu Wydział mianował Dra Hilarego Schramma asystentem przy klinice chirurgicznéj na dwa lata, a przyjąwszy do wiadomości zezwolenie Wys. Ministerstwa, aby Dr. Emanuel Machek pełnił obowiązki asystenta przy klinice chorób ocznych przez dalszy rok (5ty), odniósł się do téjże Władzy najwyższéj o mianowanie: Dra Leona Kopffa, dotychczasowego asystenta przy katedrze chemii lekarskiéj asystentem przy klinice chorób skórnych i syfilitycznych, Dra Władysława Gluzińskiego, dotychczasowego asystenta przy katedrze fizyjologii asystentem przy klinice chorób wewnętrznych a Drnda Lesława Gluzińskiego asystentem przy katedrze fizyjologii, wreszcie o przedłużenie na dalsze 2 lata asystentury Drnda Romana Wodyńskiego przy zakładzie anatomii patologicznéj.

Wreszcie przychylił się Wydział do podań proff. Korczyńskiego i Mikulicza o ustanowienie posad drugich asystentów przy klinikach: chorób wewnętrznych i chirurgicznych, biorąc do wiadomości oświadczenie ich, że obowiązki asystentów drugich już pełnią w pierwszéj Dr. Wolfram, a w ostatniéj Drnd. Trzebitzky; nadto uchwalił Wydział poprzeć u Ministerstwa podanie prof. Mikulicza o udzielenie dotacyi nadzwyczajnéj dla kliniki chirurg. w kwocie 1800 zła. oraz o podwyższenie dotacyi zwyczajnéj z 250 zła. na 600 zła. rocznie.

* Dotychczas zapisało się na tutejszy Uniwersytet 770 uczniów, z których wypada na Wydział teologiczny 66, na Wydział prawniczy 324, na Wydział lekarski 269, na Wydział filozoficzny 77, farmaceutów 34. Liczba 770 uczniów jest największą, jaką dotychczas Uniwersytet Jagielloński może wykazać. W r. 1852/3 liczył 244 uczniów, w r. 1862/3 już 468, w r. 1872/3 powiększyła się ta cyfra do 650 a teraz na rok 1882/3 dochodzi już 770.

* **Warszawa**. Redaktorem Pamiętnika Tow. lek. warsz. na następne 3 lata wybrany został Dr. Roman Jasiński, a Dr. Rubinstein, który w ostatnich czasach mieszkał w Petersburgu, mianowany akuszerem przytułku na Muranowie.

* **Praga czeska**. Docent prywatny Dr. Wiktor Janovsky, zasłużony i znany także nam z pobytu na Zjeździe w Krakowie lekarz, mianowany został prymaryjuszem oddziału chorób skórnych i kiłowych w szpitalu powszechnym. Rada sanitarna krajowa przyznała wprawdzie pierwszeństwo Janovskiemu śród wszystkich ubiegających się, ale oświadczyła się za odroczeniem jego nominacyi ze względu na powstać mający Wydział lekarski z wykładem czeskim. Namiestnik atoli innego był zdania, zamianował Janovskiego, a teraz nawet Niemcy zgadzają się na to, że wybór był szczęśliwy i sprawiedliwy. Zdaje się, że niebawem oddział Janovskiego zamieniony będzie na klinikę dermatologiczną

z wykładem czeskim i że prymaryjusz przeistoczy się w profesora. Janovsky, z zawodu dermatolog, dotychczas nie miał żadnéj posady szpitalnéj, a w Uniwersytecie wykładał od lat wielu historyję medycyny. Nareszcie doczekał się sprawiedliwości; co do nas, poznawszy jego świetny wykład na Zjeździe w Krakowie, możemy tylko serdecznie powinszować przyszłemu Wydziałowi czeskiemu takiego członka.

* **Berlin**. Tajny radca lek. Skrzeczka mianowany został referentem w Ministerstwie spraw duchownych i lekarskich a prof. Bergmann członkiem Deputacyi umiejętnéj.

* **Wiadomości uniwersyteckie**. **Budapeszt**. Nadzw. prof. chemii fizyjol. i patolog. Dr. Paweł Plósz mianowany został profesorem zwyczajnym a docent prywatny Dr. Giejza Antal przedstawiony na profesora nadzw. — **Monachijum**. Prof. Pettenkofer otrzymał szlachectwo dziedziczne. — **Berlin**. Dotychczasowa klinika propaideutyczna prof. Leydena uznaną została jako druga klinika chorób wewnętrznych i postawiona na równi z kliniką pierwszą Frerichsa; następnie urządzono w Charité drugą klinikę ginekologiczną pod kierunkiem prof. Gusserowa. — **Praga czeska**. Spodziewają się rychléj nominacyi 5 profesorów medycyny z wykładem czeskim, a mianowicie: Janovskiego (choroby skórne i kiłowe), Maixnera (choroby wewnętrzne), Schoebla (choroby oczne), Jiruśa (farmakologija) i Strenga (położnictwo). — **Budapeszt**. Na rok 1szy Wydziału lek. zapisało się uczniów 248. — **Praga czeska**. Wydział lekarski przedstawił docentów prywatnych Dra Alojzego Epsteina, prymaryjusza w zakładzie podrzutków i Dra Izydora Soykę, b. asystenta Pettenkofera, na proff. nadzwyczajnych.

* **Nekrologija**. W Paryżu umarł słynny i zasłużony lekarz Davaine, członek Akademii lekarskiéj, licząc lat 70.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 42: Jaworskiego: Doświadczenia nad ilościowém znikaniem rozczynów niektórych soli z żołądka ludzkiego (dok.); Rogozińskiego: Przypadek szkarlatyny z pseudorecydywą. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 42: Jasińskiego: Śp. Dr. Jan Szeparowicz. (Wspomnienie pośmiertne); Gajkiewicza: Przypadek porażenia Landryego zakończony wyzdrowieniem (dok); Rothego: Otrucie wyskokowe, jego wpływ na rozwój chorób umysłowych (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dr. ZILLNER (we Wiedniu): Beitrag zur Lehre von der Verbrennung. (Osobne odbicie z *Viertelj. f. ger. Med.* 1882), in 8vo str. 18.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z d. 11 Października rb. L. 48457 wydanego w skutek uchwały Wysokiego Sejmu z dnia 30 Września rb., rozpisuje się konkurs na posadę Prymaryjusza oddziału chirurgicznego przy naszym szpitalu.

Posada ta jest stałą, do któréj przywiązaną płaca rocznie 1.200 złr. w. a., z prawem podwyższenia jéj o 200 złr. w. a. po upływie każdych pięciu lat zadowalającéj służby.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

1) Wiek, stan i miejsce urodzenia.

2) Uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora medycyny i chirurgii, lub wszech nauk lekarskich, na jednéj z Wszechnic państwa austryjackiego, jak niemniéj praktykę szpitalną w dziale chorób chirurgicznych.

3) Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy najdaléj do końca Listopada rb. na ręce Dyrekcyi Szpitala powszechnego we Lwowie, bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeśli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Z Dyrekcyi krajowego Szpitala powszechnego we Lwowie.

Lwów dnia 17 Października 1882 r.

Dr. Głowacki.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze Farmakologii i Farmakognozyi c. k. Szkoły weterynaryjnéj we Lwowie na lat dwa, licząc od dnia 1 Października 1882.

Z posadą tą połączona jest płaca **600** złr. w. a. rocznie.

Podania należycie poparte, między innemi i dowodem dokładnéj znajomości języka polskiego, wnosić należy najpóźniéj do dnia 15 Listopada rb. na ręce Dyrektora Szkoły.

Lwów dnia 13 Października 1882.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze anatomii opisowéj c. k. Szkoły weterynaryi we Lwowie, na lat dwa, licząc od dnia 1 Października 1882.

Z posadą tą połączona jest płaca **500** złr. w. a. rocznie.

Podania należycie poparte, między innemi i dowodem dokładnéj znajomości języka polskiego, wnosić należy najpóźniéj do dnia 15 Listopada rb. na ręce Dyrektora Szkoły.

Lwów dnia 13 Października 1882.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze Anatomii patologicznéj c. k. Szkoły weterynaryjnéj we Lwowie, na lat dwa, licząc od dnia 1 Października 1882.

Z posadą tą połączona jest płaca **600** złr. w. a. rocznie.

Podania, należycie poparte, między innemi i dowodem dokładnéj znajomości języka polskiego, wnosić należy najpóźniéj do dnia 15 Listopada rb., na ręce Dyrektora Szkoły.

Lwów dnia 13 Października 1882.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 4 listopada 1882. Nr 44. Rok XXI.

I. Wycięcie nerki lewéj z powodu włókniaka torebki 18·69 kilogr. ważącego. Wyleczenie [1]).

Opisał
Dr. R. Bruntzel we Wrocławiu.
b. asystent w klinice śp. prof. Spiegelberga.

Dzięki wycięciu nerki, z pomyślnym skutkiem wykonanemu d. 2 sierpnia 1869 r. przez prof. Simona w Heidelbergu, leczenie chorób nerkowych doszło niespodzianie do wysokiego znaczenia. W obec udoskonalonych środków rozpoznawczych i coraz większych powodzeń w dziedzinie przeciwgnilnie wykonanych laparotomij, mnożą się ciągle wskazania do zupełnego wydalenia tego narządu, dla życia tak wielce ważnego. Już w przeszłym roku Leopold (*Archiv f. Gynäkologie* T. XIX, Z. I) wymienił 76 ekstyrpacyj nerek, z których 39 przebiegły korzystnie, a nefrektomije w ostatnim roku w literaturze zapisane dochodzą już bez wątpienia do okazałéj liczby 100. Oprócz chorób wywołujących puchlinę nerkową najczęściéj złośliwe zwyrodnienia nerki wskazują wydalenie tego narządu, daléj urazy nerek i pęcherza moczowego, jakotéż zadrażnienie nerki przez kamień pęcherzowy. Ale i zaburzenia organizmu skutkiem dyslokacyi nerki zdrowéj skłoniły w ostatnim czasie niektórych operatorów (Martina, Smitha, Kochera i Langenbucha) do wydalenia zdrowego narządu. Wycięcie zdrowéj nerki bez wątpienia najłatwiéj się uskutecznia, ale wskazanie do téj operacyi bardzo jest wątpliwém i wywołało z rozmaitych stron bardzo zacięte i uzasadnione zarzuty, tak że jéj wykonywanie tylko w ostatecznych razach jest usprawiedliwioném. W obec nerek wędrujących najlepiéj zastosować się do propozycyi Hahna (*Verhandlungen des Chirurgen-Congresses*, Berlin, 1882), który radzi przez przyszycie nerkę ustalić i tak usunąć dolegliwości. Nigdy bowiem z góry niewiadomo, czy nerka pozostająca jest zdolną zadość uczynić wymaganiom organizmu, a sekcyja w niektórych przypadkach wykazała, że nerka druga była w stanie zaniku i że życie osób operowanych nawet w razie biegu szczęśliwego byłoby tylko nader krótkiém.

Co się tyczy samego wykonania operacyi, to uskuteczniono ją w 76 przypadkach, które Leopold (l. c.) przytacza, po części z przodu, po części z tyłu. W ogóle przyznać trzeba, że każdą ekstyrpacyję nerek z przodu wykonać można, że zaś nacięcie biodrowe bardziéj się zaleca tylko w obec mniejszych puchlin nerek, które zupełnie do biodra przylegają; a więc osobliwie u osób chudych, wysmukłych, u których oddalenie pomiędzy ostatniém żebrem a grzebieniem kości biodrowéj dostateczną zostawia przestrzeń do wykonania nacięcia celem wydobycia nerki. Zranienie otrzewny, którego się dawniéj (i Simon) obawiano i które uważano za bardzo niebezpieczne, nie może niepokoić nas bardzo, gdy ściśle przeciwgnilnie postępujemy.

W przypadku, w którym przełożonemu mojemu ś. p. Spiegelbergowi w r. 1879 asystowałem (*Breslauer ärztliche Zeitschrift.* 1880, p. 245 i *Archiv f. Gynäkologie* XVII, I), staraliśmy się naprzód usunąć puchlinę nerkową przez założenie fistuły; ale przekonaliśmy się niebawem, że fistuła nie przeszkadzała czynności wydzielania pozostałego miąższu nerkowego i zabraliśmy się do zupełnego wydalenia nerki. Nacięcia biodrowego wypadało w tym przypadku z góry zaniechać, gdyż u osoby otyłéj, małego wzrostu, nie było między ostatniém żebrem a grzebieniem kości biodrowéj miejsca do wykonania nacięcia. Lecz i brzuch był nadzwyczaj krótki; dla tego aby módz podwiązać naczynia nerkowe, trzeba było oprócz cięcia w linii białéj po stronie prawéj wykonać cięcie poprzeczne, które całą warstwę mięśni brzusznych rozdzieliło i długotrwałe jątrzenie się pociągnęło za sobą. Ropienie ustąpiło dopiero po czterech miesiącach, gdy, rozszerzywszy fistuły, ostrą łyżką ściany wy-

[1]) Rozprawkę tę szan. kolegi wrocławskiego zamieszczamy tém chętniéj, o ile autor przesłał nam ją w języku polskim, a po niemiecku ogłosi ją dopiero późniéj.

skrobałem i wygojenie się rany przyspieszyłem. Pacyjentka zupełnie wyleczona ma się całkiem dobrze.

Z ekstyrpacyj nerek z rozmaitych powodów i w rozmaity sposób wykonanych wynika: z 38 cięć biodrowych zakończyło się 13 śmiercią a 24 pomyślnie, z 38 brzusznych 22 śmiertelnie a 15 korzystnie; w dwóch przypadkach zaś rezultat niewiadomy. Statystyka ta oczywiście ma tylko względną wartość, gdyż łatwe i dla tego szczęśliwie wykonane operacyje nerek ruchomych pomięszano z znaczniejszemi zapaleniami nerek (*Pyelonephritis)*; większa nawet śmiertelność po laparotomijach nie rozstrzyga kwestyi; rezultaty od czasu stosowania środków przeciwgnilnych otrzymane nie ustępują w niczém wynikom cięć biodrowych i owszem są daleko pomyślniejszemi, jeżeli zważymy, jak często dla mylnego rozpoznania ekstyrpacyja nerek w biegu operacyi stała się konieczną, lub jeżeli zważymy, jak niepomyślnemi są wyniki cięcia brzusznego, podczas gdy przez cięcie biodrowe anatomicznie lepiéj rozpoznane i, jeżeli tak wyrazić się wolno, zdrowsze nerki wydobywano.

Jeżeli poniżéj przystąpię do opisu ekstyrpacyi nerki przez siebie wykonanéj, powoduję się raz faktem dotąd nieznanym, że wskazaniem do nefrektomii stał się włókniak z torebki nerkowéj wyrosły wielkości olbrzymiéj, a powtóre okolicznością, że operacyja sama, jéj przebieg i pomyślny wynik nastręczają nie mało zajmujących spostrzeżeń, zasługujących nawet na uwzględnienie ze strony tych szan. kolegów, których tego rodzaju operacyje mniéj obchodzą.

Przypadek, który mam na myśli, tyczy się kobiety niezamężnéj Elżbiety N. z Wrocławia, 33 lat mającéj, małego subtelnego wzrostu, cierpiącéj od pięciu latna obrzęk wewnętrzny, który rosnąc zwolna do nadzwyczaj wielkich doszedł rozmiarów. Panna N. pochodzi ze zdrowéj familii, w któréj dotąd nigdy podobnych obrzęków nie uważano; rodzice umarli w podeszłym wieku z chorób przypadkowych; rodzeństwo jeszcze przy życiu będące zupełném cieszy się zdrowiem. Miesiączka powtarzała się regularnie co cztery tygodnie, nawet po zjawieniu się obrzęku odbywała się regularnie; dopiero w skutek osłabienia ogólnego, wywołanego przez obrzęk zwiększający się, nastąpiło znaczne uszczuplenie upływu krwi miesiączkowego. W lecie roku 1879 miałem razem z przełożonym moim śp. Spiegelbergiem, którego się pacyjentka radziła, sposobność widzenia N. i zbadania stanu jéj w narkozie. Zauważyliśmy, że obrzęk z lewéj strony ku środkowi dążący, nie łatwo poruszalny, wielkości głowy mężczyzny, zawisł na otworze miednicy; po prawéj i po lewéj stronie był czysty odgłos jelitowy, na przodzie obrzęku wszędzie stłumiony. Skład obrzęku był, o ile się zdawało, płynny (*fluctuatio*), co nas do przekłucia skłoniło, które się jednak okazało bezskutecznem. Z dziewiczemi częściami rodnemi obrzęk o tyle na pozór był w związku, o ile od lewego rogu macicy do dolnéj części obrzęku przebiegał wązki powróz i że, skorośmy obrzęk posuwali do góry, macica się poruszała. W skutek téj okoliczności rozpoznaliśmy, że obrzęk dawniéj w związku z częściami rodnemi będący, w skutek przekręcenia się szypułki już nie pozostawał w połączeniu z macicą lub jajnikami, lecz że go utrzymują zrosty, w skutek przekręcenia powstałe, co już częściéj w podobnych przypadkach uważano. Z powodu słabego stanu odżywienia pacyjentki oświadczył Spiegelberg, że operacyi na teraz wykonać nie można, gdyż trzeba było przypuścić, że operacyja byłaby dla rozległych zrostów niezmiernie utrudnioną. Pacyjentka nie przedstawiła nam się powtórnie, lecz radziła się w przeciągu lat następnych wielu operatorów, z których żaden operacyi podjąć się nie chciał. Kilkakrotnie wykonywano przekłucie obrzęku, ale zawsze bez skutku; wszelkie rozpoznania okazały się, jak dowodzi wykonana przezemnie operacyja, mylnemi. Dolegliwości, których pacyjentka doznawała, polegały jedynie na wielkości obrzęku. Puchliny brzucha lub odnóg pacyjentka nigdy nie miała; wszelkie czynności narządów odbywały się prawidłowo, tylko częściéj pojawiało się uczucie ucisku w jamie brzusznéj i utrudnione oddychanie; nadto chodzenie było nader uciążliwe dla wielkości obrzęku. (Dok. nast.).

II. Z kliniki okulistycznéj prof. Dra Rydla.

Dwa rzadkie przypadki zapalenia siatkówki.

Podał Dr. E. Machek.

(Dokończenie. Patrz Nr. 43).

2. *Retinitis centralis recidiva* (Graefe).

Chory S., l. 48, zgłosił się 26 listopada 1880 do kliniki ruchoméj, podając, iż okiem prawém gorzéj widzi. Badanie oczu wskazuje prawidłowe zewnętrzne części tychże, czyste rogówki; tęczówki są co do utkania prawidłowe, na wpływ światła oddziaływają leniwo, źrenice mają przy patrzeniu w dal 3 mm. średnicy. Badanie wzroku wykazuje, że chory okiem prawém liczy palce tylko na dwa i pół metra i to nie plamką żółtą lecz obwodowemi częściami siatkówki. Szkła nie poprawiają. Lewém okiem widzi $^6/_9$, chociaż nie wszystkie litery, a za pomocą —1 D. ma prawidłową bystrość wzroku ($S^6/_6$). Wziernik wykazuje na oku prawém czyste środki łamiące, dobrze odgraniczoną tarczę nerwu wzrokowego, która jest prawidłowo różowa, otoczenie plamki żółtéj szaro zaćmione a na tém zaćmieniu można wykryć drobne porozrzucane żółtawe kropki. Obszar zaćmionéj części siatkówki w okolicy plamki równa się mniéj więcéj wielkości tarczy nerwu wzrokowego. Przy brzegu zaćmienia widać naczynia siatkówkowe, które na szarém tle wydają się ciemniejsze. Rozpoznanie opiewało: *Retinitis centralis oc. d.*

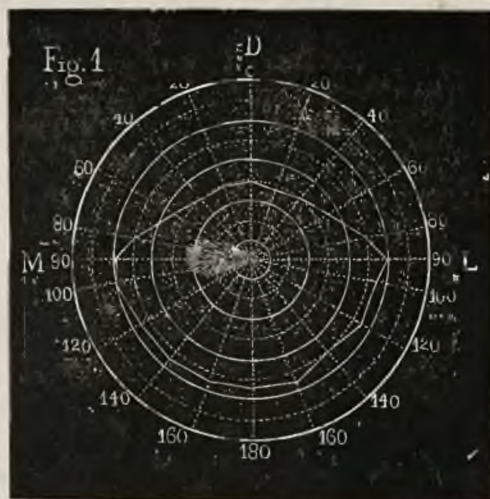
Wywiady wykazały, że chory dawniéj widział dobrze tak w dal jak i w pobliżu. W maju roku 1880 spostrzegł, iż gorzéj widzi i że go czytanie nuży. Czasami zdawało mu się, że nic nie widzi, że ma ciemność przed oczyma, a wpatrzywszy się z pewném natężeniem w przedmioty, nawet bardzo drobne, przekonywał się, że je przecież dokładnie i wyraźnie widzi. Odtąd, mając przekonanie, że chory jest na oczy, wstrzymywał się od czytania i pisania i przez kilka miesięcy trudnił się stolarstwem. W tym czasie były tygodnie, że widział bardzo dobrze, były także tygodnie, w których miał to uczucie, że wzrok jego nie jest prawidłowy. Przed 3 tygodniami spostrzegł przypadkiem, że prawém okiem gorzéj widzi niż lewém. Patrząc prawém okiem na białą ścianę widział na niéj wielką czarną plamę, a patrząc np. na człowieka twarzy jego nie widział. Chciał się udać do lekarza, lecz tymczasem plama znikła a wzrok poprawił się w tym stopniu, że nie czuł żadnéj niedogodności a przymrużając oko lewe przekonał się, że prawém nie o wiele gorzéj widzi niż lewém. Od tygodnia znowu spostrzega dawną niedogodność i to nawet w wyższym stopniu. To go skłania, że szuka rady lekarskiéj. Jaki był stan oczu obecny, już wyżéj podaliśmy.

Z opisu przebiegu choroby, a mieliśmy do czynienia z bardzo inteligentnym chorym, niewątpliwie wynikało, że

stan chorego kilka razy się pogarszał i poprawiał. Teraz chory sam podaje, że przyczyną niedogodności, skutkiem której czuł, że ma trudności przy czytaniu i pisaniu, było to, że jedném okiem nie widział dobrze, bo i dziś przy obu otwartych oczach czuje taką samą niedogodność jak wówczas, chociaż teraz wie, że tylko jedném okiem gorzéj widzi. Ze względu, że widocznie stan chorego pogarszał się i poprawiał, jak to Graefe podaje o *Retinitis centralis recidiva*, że obraz wziernikowy był charakterystyczny, chodziło nam o wykrycie przyczyny choroby, a względnie o wykazanie nabytéj lub odziedziczonéj kiły. Chory mający liczną rodzinę, pozostając wreszcie w największéj obawie o wzrok swój, względnie o los swoich dzieci, które utrzymywać musi, daje jak najdokładniejsze odpowiedzi na zadawane pytania, twierdzi, że kiły nie przebył. Badanie ciała nie wykazuje żadnych śladów przebytéj kiły. Chory podaje, że dzieckiem będąc cierpiał na zołzy. Kiedy miał lat 12, zropiały mu dwa gruczoły na szyi, gdzie wykryć można dwie małe blizny. W wieku dziecięcym przebył także szkarlatynę, a w ostatnich latach cierpiał czasami na migrenę po stronie prawéj, zresztą nigdy nie był chory. Ożenił się przed 22 laty i ma sześcioro żyjących dzieci. Żona raz, pomiędzy piątém i szóstém z żyjących dzieci, poroniła; przyczyną tego był wielki przestrach. Najmłodsze dziecko ma lat sześć. Badanie dzieci wykazuje, że z wyjątkiem jednego, które cierpi na zołzy, za czém przemawiają obrzmiałe gruczoły szyi, wszystkie są dobrze zbudowane i zdrowe. U dzieci tak samo jak u chorego nie można wykryć ani jednego objawu, któryby przemawiał za *Syphilis hereditaria tarda*. Zmian na zębach, jak je Hutchinson opisuje, nie ma. Wywody dotyczące rodziny, z któréj chory pochodzi, wykazują: Rodzeństwa miał 16, żyje 6. W młodszym wieku większa część cierpiała na zołzy, późniéj byli zdrowi. Przed 10tym rokiem życia umarło sześcioro na szkarlatynę, jedna siostra na suchoty. Rodzice zawsze byli zdrowi, umarli w późnym wieku. Stosunki w rodzinie, z któréj chory pochodził, tak samo jak we własnym jego domu, są bardzo skromne, skutkiem czego stosunki higijeniczne są nienajlepsze. To nam może wytłumaczyć skłonność do zołzów, żadnych jednak podstaw nie mamy, aby módz twierdzić, że w tak licznéj rodzinie chorego ktokolwiek przebył chorobę, z któréj wnosićby można, że powstała na tle kiły.

Na drugi dzień chory miał być przyjętym do kliniki. Zgłosił się jednakże dopiero 1go grudnia, podając, iż mu się znacznie wzrok poprawił i zapytując, czy może leczenie nie jest zbyteczne. Bystrość wzroku na oku prawém równała się $^6/_{24}$. Choremu zalecono *Kali jodatum* do wewnętrznego użytku, z poleceniem aby się zgłosił po jakimś czasie. 5go grudnia chory znowu przybył. Wzrok się pogarszał, liczył tylko palce na 2 metry i tego dnia przyjęto go do kliniki stałéj.

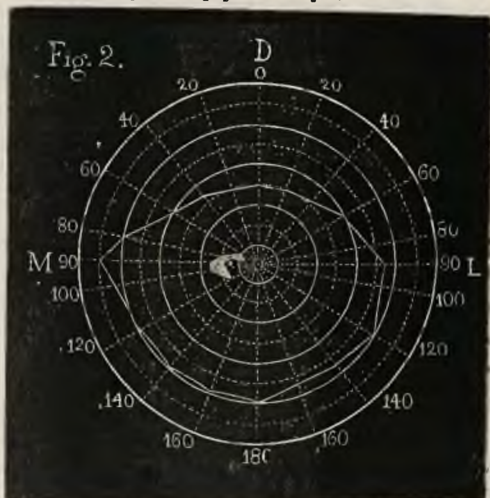
Chory pozostawał w ciemnym pokoju, odżywiano go dobrze i zarządzono wcierania szaréj maści 3·0 grm. *p. d.* Badanie uzupełniono badaniem pola widzenia. Można było wykazać przerwę względną w polu widzenia *(Scotoma relativum)*, mającą postać klina, którego ostry koniec znajdował się w plamce Mariotta a podstawa mniéj więcéj 30° na zewnątrz (fig. 1). W samym środku znajdowała się plamka żółta. Granice przerwy, szczególnie od zewnątrz, trudno było dokładnie oznaczyć, gdyż chory przy upośledzonéj bystrości wzroku ($S^2/_{60}$) zaledwie widział białą gałkę perimetru Forstera, nastawiał wreszcie oko tak, iż widział gałkę nie plam-



ką żółtą, tylko obwodową częścią siatkówki. Przerwa była względna, chory widział więc wszystkiemi częściami siatkówki, nawet i plamką żółtą, lecz bardzo niewyraźnie. Chory podawał także, że wszystkie przedmioty widzi okiem prawém daleko mniejsze niż lewém. Tak np. patrząc na rękę z oddalenia 2 metrów widzi ją okiem prawém o czwartą część mniejszą niż lewém. 14go grudnia wystąpił wyprysk na skórze klatki piersiowéj. Po 15 wcieraniach prawe oko $S^{18}/_{36}$, widzi bardzo dokładnie białą gałkę perimetru. Zbadano powtórnie pole widzenia i wykazano względną przerwę w polu widzenia téj saméj postaci co podczas przyjęcia (fig. 1). Chory podaje, że także lewém okiem gorzéj widzi. Bystrość wzroku istotnie wynosi tylko $^6/_{12}$ i to nie wszystkie litery; wziernik wykazuje lekkie zaćmienie sąsiedztwa plamki żółtéj, tylko białych kropek nie widać. Badanie pola widzenia wykazuje względną przerwę postaci klinowatéj tych samych rozmiarów jak na oku prawém. Chora część siatkówki przechodzi stopniowo w zdrową, tak że granic zupełnie dokładnie oznaczyć nie można.

Po 24 wcieraniach Pr. o. $S^6/_{12}$? L. o $^6/_9$. Litery na tablicy Snellena widzi pokrzywione, w wyższym stopniu kiedy patrzy okiem prawém.

Dnia 9 stycznia po 30 wcieraniach był stan oczu następujący: Prawe oko: $^6/_9$? (podczas przyjęcia $S^2/_{60}$). Chory podaje, że tém okiem widzi wyraźnie przedmioty, na które patrzy, lecz górną i dolną część przedmiotów, zresztą zawsze jeszcze pokrzywionych, mgła pokrywa. Tak np. patrząc na litery $^6/_{18}$ tablicy Snellena z oddalenia 6 metrów widzi w miejscu rzędów $^6/_{12}$ i $^6/_{24}$ ciemne smugi. Badanie pola widzenia wykazało półksiężycowatą przerwę w polu widze-



nia (fig. 2), która od wewnątrz otacza plamkę żółtą. Przerwa półksiężycowata w ten sposób powstała z przerwy pier-

wotnéj klinowatéj, że widzenie plamką żółtą się poprawiło, że więc środkowa część przerwy naprzód powróciła do stanu prawidłowego; jest to spostrzeżenie, które niewątpliwie przemawia za odżywieniem plamki żółtéj i warstwy czopków i pręcików przez *Choriocapillaris*. Wziernik wykazuje szarawe zaćmienie siatkówki w okolicy plamki żółtéj, stopnia daleko niższego niż śród przyjęcia, białych kropek teraz nie widać. Lewe oko: $S^6/_9$. Litery widzi pokrzywione, wszystkie przedmioty przedstawiają się ciemniejsze niż gdy patrzy okiem prawém. Wziernik wykazuje lekkie, zaledwie dostrzegalne, zaćmienie okolicy plamki żółtéj. Zalecono *Natrum jodatum* 10 na 200.

25 stycznia: Chory prawém okiem widzi przedmioty mniejsze lecz całkiem wyraźne. Prawe i lewe oko ma prawidłową bystrość wzroku $S^6/_6$. Pole widzenia prawidłowe. Wziernik wykazuje na prawém oku jeszcze ślad zaćmienia w okolicy plamki żółtéj, dno oka lewego prawidłowe. 3 lutego chory opuszcza zakład. W domu zażywał jodek sodu. Odtąd chorego kilka razy badałem, ostatnim razem w lipcu 1882, a więc 18 miesięcy po opuszczeniu kliniki. Bystrość wzroku i dna ócz są prawidłowe. Chory oczyma pracuje jak dawniéj i żadnych nie ma dolegliwości.

Widzenie rzeczy w rozmiarach zmniejszonych i w postaci spaczonéj (*Mikropsia* i *Metamorphopsia*) tłumaczy zaćmienie (wypocinę) w okolicy plamki żółtéj. Wypocina sprowadza rozsunięcie się czopków i pręcików, skutkiem czego na przestrzeni obrazu siatkówkowego mniejsza ilość tychże znajduje się, niż w stanie prawidłowym, a względnie na drugiém oku, ztąd chory widzi rzeczy w rozmiarach zmniejszonych, a że rozstąpienie i rozsunięcie się czopków i pręcików nie jest regularne, więc przedmioty przedstawiają się w postaci spaczonéj. Czy zaćmienie powstaje skutkiem wypociny podsiatkowéj, jak Alexander twierdzi, lub też skutkiem wypociny, która w samym miąższu się osadza (Graefe), jest dotąd sprawą nierozstrzygniętą.

Nie mamy powodu do przypuszczenia, że maść szara i jodek sodu działały w tym przypadku jako leki swoiste, przeciwkiłowe, a nie jako leki, które poprostu wessanie przyspieszają lub sprowadzają. U chorego objawów kiły, czy to odziedziczonéj lub téż nabytéj, wykazać nie było można. Wystąpienie zołzów u rodzeństwa i u jednéj z córek naszego chorego tłumaczą niekorzystne warunki, w jakich obie rodziny żyły. Ponieważ istotę zołzów należy odróżnić od kiły, ponieważ nie tylko u chorego lecz u żadnego z członków téj licznéj rodziny nie można było wykryć zmian, któreby przemawiały za kiłą, trudno więc przypuścić, że zapalenie siatkówki powstało na tle kiłowém. Rtęć i jod działały jako środki przyspieszające wessanie. Jeżelibyśmy przypuścić nie chcieli, że *Retinitis centralis recidiva* w tym przypadku pozostawała w związku z przebytemi zołzami, należałoby zgodzić się na to, że zapalenie siatkówki w okolicy plamki żółtéj może także powstać idyjopatycznie.

III. Badania doświadczalne nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim.

Wykonał Dr. Walery Jaworski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 41).

8) Doświadczenie *h*. (Rozczyn $Na_2SO_4+MgSO_4$).

A) O 8 g. 25 m. rano naczczo podano do wypicia 500 kcm. rozczynu ogrzanego do 40°C. oddziaływania obojętnego następującego składu odsetkowego:

Na_2SO_4=1·045 gr.
$MgSO_4$=1·392 „

Zawartość ta wynika z następującego rozbioru chemicznego: 20 kcm. rozczynu strącone za pomocą HNa_2PO_4 wydały 0·2579 $Mg_2P_2O_7$ odpowiednio 0·2784 $MgSO_4$ albo 0·5328 $BaSO_4$;
inne 20 kcm. rozczynu zadanego, chlorkiem barowym strącone, wydały 0·8764 $BaSO_4$, od czego odjąwszy 0·5328 $BaSO_4$ wypadające na powyżéj obliczony $MgSO_4$ zostanie 0·3436 $BaSO_4$ odpowiednio 0·2091 Na_2SO_4.

B) O 8 g. 52 m., do którego to czasu badany spokojnie siedział, zdołano wyciągnąć 350 kcm. płynu wodnistego barwy przypominającéj rozcieńczoną wodę chlorową oddziaływania obojętnego, którego skład odsetkowy okazał się następujący:

Na_2SO_4 0·877 gr.
$MgSO_4$ 1·259 „

Dwa rozbiory po 20 kcm. przesączonéj cieczy żołądkowéj wydały 0·2329 i 0·2328 przeciętnie 0·23285 $Mg_2P_2O_7$ odpowiednio 0·2519 $MgSO_4$, co odpowiada 0·488 $BaSO_4$;
w innych dwóch oznaczeniach po 20 kcm. tego samego przecączu otrzymano 0·7799 i 0·7729, w przecięciu 0 7764 $BaSO_4$; w ilości 0·488, pozostaje 0·2884 $BaSO_4$ czyli 0·1754 Na_2SO_4.

C) Porównanie otrzymanych wypadków i wnioski:

Zmiana w stosunku odsetkowym mięszaniny soli rozczynów *A* i *B* wynika ze zestawienia:

	Na_2SO_4	:	$MgSO_4$		
W cieczy zadanéj	1·045	:	1·392	=	0·751
„ „ żołądkowéj	0·877	:	1·259	=	0·697

z czego się okazuje, że zawartość odsetkowa Na_2SO_4 względem $MgSO_4$ w cieczy żołądkowej się zmniejszyła i to:

$$\alpha = \frac{0{\cdot}751}{0{\cdot}697} = 1{\cdot}080 \text{ razy}$$

zatém stosunek odsetkowy zawartości soli w téj cieczy w porównaniu z pierwotną przedstawi się:

$$Na_2SO_4 \underset{1.080}{<} : MgSO_4$$

a ztąd ilość odsetkowa znikła (względnie wessana w żołądku):

$$Na_2SO_4 \underset{1.080}{>} MgSO_4$$

po upływie 27 minut.

9) Doświadczenie *j*) (Rozczyn $Na_2SO_4MgSO_4$).

A) O 8 g. $3^1/_2$ m. rano naczczo podano do wypicia 500 kcm. obojętnego rozczynu ogrzanego do 40°C. następującego składu odsetkowego:

Na_2SO_4 = 1·0682 gr.
$MgSO_4$ = 1·0654 „

Utworzenie rozczynu zadanego nastąpiło w ten sposób, że przez działanie chemiczne czystego H_2SO_4 na chemicznie czysty NaHO, jakotéż MgO otrzymano Na_2SO_4 i $MgSO_4$, którąto każdą sól wyżarzono do ciemnéj czerwoności i odważono 10·6826 Na_2SO_4 a 10·6546 $MgSO_4$, i te ilości w wodzie rozpuszczono i rozczyn do jednego litra wodą przekroploną dopełniono i z tego rozczynu 500 kcm. do wypicia podano.

B) Do 8 g. 58 m. siedział badany spokojnie, kiedy zdołano wyciągnąć 81 kcm. cieczy bezbarwnéj nieco śluzowéj oddziaływania obojętnego. Ciecz tę rozcieńczono na połowę wodą przekroploną, pokłucono i przesączono, a z jéj rozbioru oznaczona ilość odsetkowa cieczy żołądkowéj wynosi:

Na_2SO_4 = 0·7256 gr.
$MgSO_4$ = 0·8984 „
Chloru: { 28 kcm. dziesiętnonorm. $AgNO_3$, czyli 0·1009 gr. Cl.

Otrzymano bowiem na 25 kcm. przesączu po uwzględnieniu 286 kcm. wody przepłuczkowéj amonijakalnéj 0·1039 $Mg_2P_2O_7$ odpowiednio 0·1123 $MgSO_4$ odpowiadającego 0·2182 $BaSO_4$

Inne 25 kcm. wydały 0·3673 $BaSO_4$, od czego potrąciwszy powyższą ilość $BaSO_4$ odpowiadającą siarkanowi magnowemu, pozostaje 0·1491 $BaSO_4$ odpowiadającego 0·0907 Na_2SO_4;

35 kcm. tego samego przesączu zużyły 5·0 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Dla oznaczenia wielkości zmiany, jaka w stosunku zawartości odsetkowéj soli w cieczy *A* i *B* zaszła mamy:

Na_2SO_4 : $MgSO_4$
W cieczy zadanéj 1·0682 : 1·0654 = 1·0027
„ „ żołądkowéj 0·7256 : 0·8984 = 0·808

Zawartość odsetkowa Na_2SO_4 w cieczy żołądkowéj zmniejszyła się względem $MgSO_4$

$$\alpha = \frac{1·0027}{0·808} = 1·241 \text{ razy}$$

Ztąd wyraz dla zmiany w stosunku odsetkowym zawartości soli w cieczy żołądkowéj w porównaniu z cieczą zadaną wypada:

$$Na_2SO_4 \underset{1.241}{<} : MgSO_4$$

a dla ubytku względnie wessania tych soli po upływie 54½. min. otrzymuje się:

$$Na_2SO_4 \underset{1.241}{>} MgSO_4$$

10. Doświadczenie *i*. (Rozczyn $Na_2SO_4 + MgSO_4$).

A) O 8 g. 58 m. rano naczczo podano do wypicia 500 kcm. obojętnego rozczynu ogrzanego do 40°C. zupełnie tego samego składu odsetkowego, jak w doświadczeniu 8. zawierającego więc:

Na_2SO_4 = 1·045 gr.
$MgSO_4$ = 1·392 „

B) Badany siedział potém spokojnie do 8 g. 59 m. kiedy zdołano wyciągnąć ze żołądka 110 kcm. cieczy bezbarwnéj nieco śluzowéj oddziaływania obojętnego, która wykazała następujący skład odsetkowy:

Na_2SO_4 = 0·646 gr.
$MgSO_4$ = 0.988 „
Chloru: { 50 kcm. dziesiętnonorm. $AgNO_3$ czyli 0.1796 gr. Cl.

Z rozbioru bowiem chemicznego otrzymano następujące wypadki:

Dwa oznaczenia po 10 kcm. cieczy żołądkowéj strącone fosforanem sodowym wydały 0·0909 i 0.0919 przeciętnie 0·0914 $Mg_2P_2O_7$ odpowiednio 0·0988 $MgSO_4$ czyli 0·192 $BaSO_4$ inne dwa oznaczenia również po 10 kcm. cieczy żołądkowéj chlorkiem barowym strącone wydały 0·2993 i 0·2993 $BaSO_4$ a odtrącając ztąd 0·192 $BaSO_4$ wypadające na $MgSO_4$ pozostaje 0·1061 $BaSO_4$, co odpowiada 0·0646 Na_2SO_4;

30 kcm cieczy żołądkowéj na połowę wodą przekroploną rozcieńczonéj wykłócone i przesączone zużyły 7·5 kcm. dziesiętnonorm. $AgNO_3$.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Zmiana w stosunku zawartości odsetkowéj soli w obydwu cieczach wynika ze stosunków:

Na_2SO_4 : $MgSO_4$
W cieczy zadanéj 1·045 : 1·392 = 0·751
„ „ żołądkowéj 0·646 : 0.988 = 0·655

Zawartość odsetkowa siarkanu sodowego zmniejszyła się względem $MgSO_4$

$$\alpha = \frac{0·751}{0.655} = 1·146 \text{ razy}$$

Ztąd stosunek w zgęszczeniu soli w cieczy żołądkowéj porównany z cieczą zadaną wyraża się:

$$Na_2SO_3 \underset{1.146}{<} : MgSO_4$$

przeto wyraz dla ubytku względnie różnicy wessania obydwu soli przedstawia się po upływie 61 min.

$$Na_2SO_4 \underset{1.146}{>} MgSO_4$$

Wszystkie więc doświadczenia powyższe wykazują, że siarkan sodowy w żołądku doznaje większego wessania, niż siarkan magnowy (biorąc rozczyny obojętne tych soli). W następném doświadczeniu wzięto rozczyn kwaśny tych soli w przypuszczeniu, że utworzy się siarkan sodowy kwaśny, którego zachowanie się pod względem wessania żołądkowego może być różne od obojętnego.

11) Doświadczenie *k*. Na_2SO_4+$MgSO_4$ w rozczynie kwaśnym).

A) O 7 g. 40 m. rano naczczo podano do wypicia 1000 kcm. kw. siarkowym zakwaszonego rozczynu przy ciepłocie 16°C. następującego składu chemicznego na 100 kcm. cieczy:

Na_2SO_4 = 1·4514 gr.
$MgSO_4$ = 1·0442 „
kwasoty = 3·5 kcm. dziesiętnonorm. ługu sodowego a ztąd
kw. siarkowego = 0·014 gr. lub téż równoważna
ilość kw. solnego = 0·012 gr.

W celu przyrządzenia zadanego rozczynu wzięto 100 kcm. chem. czystego i kwasem siarkowym zakwaszonego rozczynu siarkanu sodowego i zmięszano ze 100 kcm. obojętnego rozczynu chem. czystego siarkanu magnowego i wodą przekroploną do 1000 kcm. w kolbce litrowéj dopełniono.

Rozczyn pierwotny samego siarkanu sodowego zakwaszonego zużył na 10 kcm. 0·35 kcm. dziesiętnonormalnego ługu sodowego, czyli odpowiadał 0·014 SO_3 albo 0·0408 $BaSO_4$;

inne 10 kcm. tego samego rozczynu wydały 2·4247 $BaSO_4$ a ztąd strąciwszy 0·0408 $BaSO_4$ jako ilość odpowiadającą dla wolnego kw. siarkowego pozostaje 2·3839 $BaSO_4$, odpowiednio 1·4514 Na_2SO_4.

10 kcm. pierwotnego rozczynu samego siarkanu magnowego fosforanem sodowym strącone wydały 0·965 $Mg_2P_2O_7$ czyli 1·0427 $MgSO_4$.

Z powodu małéj ilości kw. siarkowego w rozczynie zadanym jakotéż na podstawie niżéj podanego rozbioru cieczy żołądkowej wykazującego obecność chlorków w obec wolnego kwasu trzeba przypuścić, że rozczyn zadany dostawszy się do żołądka nie zawierał już wolnego H_2SO_4 lecz z chlorków wydzielony HCl. Ztąd poniżéj przytoczone wyniki należy uważać jako otrzymane pod wpływem zakwaszenia cieczy żołądkowej kwasem solnym.

B) O 8 g., do którego to czasu badany zwolna po pracowni się przechadzał, zdołano wyciągnąć 520 kcm. pły-

nu mętnawego białawego oddziaływania kwaśnego, a na 100 kcm. tego płynu znaleziono:

Na_2SO_4 1·370 gr.
$MgSO_4$ 1·270 „

Chloru: 18 kcm. dziesiętnonorm. rozczynu azotanu srebrowego czyli 0·063 gr. Cl.

Kwasoty: 7·0 kcm. dziesiętnonormalnego ługu sodowego czyli 0·025 gr. HCl.

Gdyż 10 kcm. przesączonéj cieczy żołądkowéj zużyły 1·8 kcm. dziesiętnonormalnego $AgNO_3$ odpowiadającego 0·0063 Cl;

inne 10 kcm. tego samego przesączu spotrzebowały 0·7 kcm. dziesiętnonorm. ługu sodowego odpowiadającego 0·0025 HCl wywiązanego przez działanie kw. siarkowego wolnego na chlorki cieczy żołądkowéj; inne 10 kcm. przesączu strącone fosforanem sodowym wydały 0·118 $Mg_2P_2O_7$ odpowiadającego 0·1270 $MgSO_4$, albo téż 0·246 $BaSO_4$;

jeszcze inne 10 kcm. przesączu z cieczy żołądkowéj chlorkiem barowym strącone wydały 0·471 $BaSO_4$, od czego odejmując 0.246 $BaSO_4$ wypadających na otrzymaną ilość siarkanu magnowego pozostaje 0·225 $BaSO_4$ odpowiednio 0·1370 siarkanu sodowego obojętnego a może i w części kwaśnego w obec wolnego kw. solnego.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Zmiana w stosunkach zawortości odsetkowéj soli w cieczach *A* i *B* przedstawia się:

	Na_2SO_4	:	$MgSO_4$	
W cieczy zadanéj	1·4514	:	1·0427	= 1·390
„ „ żołądkowéj	1·370	:	1·270	= 1·079

Odsetkowa zawartość Na_2SO_4 zmniejszyła się względem $MgSO_4$ w cieczy żołądkowéj:

$$\alpha = \frac{1·399}{1·0.9} = 1·289 \text{ razy;}$$

Ztąd stosunek w zgęszczeniu soli w rozczynie żołądkowym w porównaniu do pierwotnego przedstawia się:

$$Na_2SO_4 \underset{1.289}{<} : MgSO_4$$

a ubytek względny (wessanie) obydwu soli wyraża się:

$$Na_2SO_4 \underset{1.289}{>} MgSO_4$$

Porównywając zaś kwasotę rozczynu zadanego i cieczy żołądkowéj okazuje się:

$$3·4 : 7·0 = \frac{1}{2}$$

co znaczy, że kwasota cieczy żołądkowéj dwa razy się zwiększyła, co zapewne należy przypisać zadrażnieniu błony śluzowéj żołądka wolnym kw. solnym.

Porównywając różnicę wessania 1·280, jaka zachodzi po 20 minutach między zawartością odsetkową obydwu soli, z wypadkami poprzedzającemi, okazuje się, że w rozczynie kwaśnym ona jest większą, niż w obojętnym w przeciągu krótkiego stosunkowo czasu, ztądby wnosić trzeba, że po użyciu rozczynu zakwaszonego wessanie siarkanu sodowego względem siarkanu magnowego jeszcze szybciéj się odbywa, niż z rozczynu obojętnego. (C. d. n.)

IV. Oceny i sprawozdania.

Dr. G. Wolffhuegel: **O wartości dezinfekcyjnéj kwasu siarkawego.**

Kwestyja wartości środków dezinfekcyjnych nie jest jeszcze dostatecznie opracowaną, choć ważność téj kwestyi zasługiwałaby na większe zajęcie się nią ogółu lekarzy, a szczególniéj tych, którzy mają możność zająć się odpowiedniemi doświadczeniami. Z wdzięcznością należy téż przyjąć pracę Wolffhügla, radcy rządowego niemieckiego, jednego z najwybitniejszych uczniów Pettenkofera. Kwas siarkawy jako środek polecony przez Komisyję choleryczną do dezinfekcyi zasługuje pod każdym względem na dokładniejsze zbadanie. Z zajmujących wyników doświadczeń autora zasługują na szczególniejszą uwagę następujące:

Kwas siarkawy najlepiéj otrzymywać do dezinfekcyi z palącéj się siarki. Najodpowiedniejszą jest siarka w postaci lasek, która zresztą jest najtańszą. Do dezinfekcyi jednego metra sz. przestrzeni potrzeba spalić 20 grm. siarki. Aby siarka w laskach dokładnie się paliła, należy dodać do niéj albo nitek siarkowanych (50 m. sz. na ½ kgrm. siarki), lub zwykłego spirytusu do palenia (20 cent. sz. na ½ kgrm. siarki). Mniéj korzystném i godném polecenia jest wydobywanie kwasu siarkawego z wodnego, zagęszczonego rozczynu bezwodnika siarkawego. Sposób ten jest o wiele kosztowniejszym, a zarazem odpada przy użyciu go rozgrzanie powietrza przez palącą się siarkę, które nader ułatwia i przyspiesza przewietrzanie przestrzeni, którą chcemy odwietrzyć. Zarzuty, jakie podnoszono przeciw wydobywaniu bezwodnika siarkawego z palącéj się siarki, polegały głównie na obawie, aby siarka paląca się nie wszczęła pożaru. Autor uważa obawę tę za zupełnie płonną. Użycie rozczynu wodnego bezwodnika siarkawego tylko wtedy zasługiwałoby na uwzględnienie, jeżeliby chodziło o nasycenie dokładne jakiejś przestrzeni gazem kwasu siarkawego. Według obrachowania teoretycznego bowiem powietrze w przestrzeni odwietrzanéj przy wydobywaniu kwasu siarkawego z palącéj się siarki, może najwięcéj zawierać 21% objętości.

Gdzie się rozchodzi tylko o odwietrzenie jakichś przedmiotów a nie przestrzeni, tam bezwarunkowo najlepiéj użyć palenia siarki. W miejscach przeznaczonych do dezinfekcyi powinny być zbudowane odpowiednie małe komory. Aby zapobiedz dyfuzyi gazu przez ściany komory, najlepiéj jest pokryć ściany kawałami namoczonego grubego płótna lub innéj podobnéj materyi. Różne materyje posiadają różną możność pochłaniania gazu siarkawego. Wełna chłonie go najwięcéj, potém bawełna i len. Zwilżenie przedmiotów poddanych dezinfekcyi ogromnie podnosi możność chłonienia tego gazu, natłuszczenie zaś znacznie ją zmniejsza. Większe paki, toboły z jakiemi się przy dezinfekcyi towarów handlowych ma do czynienia, są trudne do odwietrzenia bezpośredniego, bo gaz tylko po bardzo długim czasie i z nader wielką trudnością może się dostać do wnętrza tych pakunków. Ponieważ zaś w tym razie trudno oznaczyć zawsze granicę czasu, najlepiéj więc paki i toboły takie rozpakować i o ile możności porozkładać. Kwas siarkawy w postaci gazu suchego nie szkodzi prawie nic przedmiotom odwietrzanym. Przeciwnie zaś, jeżeli gaz ten albo działa w przestrzeni wilgotnéj, lub téż zostaje pochłoniętym przez zwilżone przedmioty, wtenczas działa niszcząco. Zatém ułatwienie dezinfekcyi, jakieby się miało przez zwilżenie przedmiotów, staje się tém samém czysto urojoném.

Kwas siarkawy działa zabójczo już w znaczném rozcieńczeniu (0·75 do 1% objętości), i to w przeciągu stosunkowo krótkiego czasu, na prątki zarazy śledzionowéj, na zaczynniki (*micrococcus*) z gnijącéj krwi świnki morskiéj itd. Jeżeli przedmioty zawierające grzybki są zwilżone, to grzybki

giną już w ciągu 2 minut. Suche przedmioty wymagają znacznie dłuższego czasu, do 20 minut. Jeżeli grzybki zawierają zarodniki, to kwas siarkawy dla tych ostatnich jest nieszkodliwym. Nawet najdłuższe użycie kwasu siarkawego czy to w postaci gazu, czy téż w rozczynie wodnym, nie wywiera żadnego wpływu na zarodniki. Z tego więc powodu kwas siarkawy, czy to jako gaz, czy jako rozczyn wodny, jest nieodpowiednim i zupełnie niewystarczającym do dezinfekcyi przedmiotów, zawierających zarodniki grzybków (*Pilzsporen*). — Autor zakończa swoje badania nad wartością dezinfekcyjną kwasu siarkawego życzeniem, aby zaniechano użycia tego kwasu do dezinfekcyi, a zastąpiono go środkami takiemi, które niszczą bez różnicy tak grzybki jak i ich zarodniki. (*Mittheilungen aus dem kaiserl. Gesundheitsamte* Bd I, 1881, p. 188). *Dr. Kopff.*

Jürgens: **Postępujący zanik mięśniowy jelit i związek tegoż z chorobą Addisona.**

Na posiedzeniu berlińskiego Tow. lek. d. 12 lipca r. b. przedstawił J. nader ciekawe wyniki swych badań, dotyczące zmian w ścianach jelit. Na podstawie kilku dokładnie zbadanych przypadków wypowiada J. przekonanie, że postępujący zanik mięśniowy jelita sprowadza objawy, okazujące wielką analogiję z objawami choroby Addisona. Splot i zwój okrężnicowy (*Plexus et ganglion coeliacum*) okazywały przytém znaczne zwyrodnienie swych komórek zwojowych. Zmiany degeneracyjne, odnoszące się i do naczyń, sięgają nieraz w głąb ścian jelita. Przypadki te, w których i klinicznie stwierdzono bronzowe zabarwienie skóry, przypady ze strony przewodu pokarmowego, ogólne niedomaganie, zalicza autor do schorzeń nerwów krezkowych (*neuropathia mesenterialis*), których źródło pierwotne stanowi zmiana jelit. Równocześnie przytacza J. typowy obraz choroby Addisona, gdzie istniały znaczne zmiany w nadnerczach zmiany degeneracyjne w nerwach, podczas gdy jelita były niezmienione.

Co do geneczy barwika w skórze, zwraca tu J. uwagę na następstwa, jakie za sobą pociąga zwyrodnienie warstwy mięsnéj jelita, niedowład tegoż, a wreszcie porażenie zupełne. Skutkiem tych zboczeń rozwija się znaczna zastoina krwi w błonie śluzowéj, przepełnienie żył i chłonic, wytwarzanie się we krwi złogów brunatnawych (już dawniéj przez Virchowa dostrzeżonych wśród chorób, którym towarzyszy znaczne upośledzenie czynności jelit) a wreszcie i olbrzymiéj ilości brunatnego barwika, pochodzącego niewątpliwie z przeobrażonych ciałek krwi.

Wzmiankowane poprzód zmiany w jelitach sprowadzają tedy objawy, podobnie jak choroba Addisona polegające na następowém zwyrodnieniu zwoju słonecznego a względnie pigmentacyję skóry, zaburzenia w układzie nerwowym środkowym z temiż samemi objawami dyspeptycznemi.

(Spostrzeżenia J. modyfikują nasze poglądy na chorobę Addisona. Jak wiadomo, od niedawna znamy tę chorobę. W r. 1855 zwrócił pierwszy Addison (*On the constitutional and local effects of disease of the suprarenal capsules*. London, 1855) uwagę ogółu lekarskiego na szereg objawów chorobowych zależnych prawdopodobnie od zmian w nadnerczach. Praca ta była hasłem do nader licznych poszukiwań. Przekonano się, że zmiany najróżnorodniejsze pod względem anatomicznym, w nadnerczach, usadowione towarzyszyły tym objawom, których zbiór w pojęciu choroby Addisona się mieścił. Związku wszelako między objawami klinicznemi a zmianami po śmierci dostrzeganemi nie zdołano wyświecić. Doświadczenia z wyłuszczaniem nadnercza Brown-Séquarda, Schiffa, Schmidta, Samuela i w. i. również do stanowczych wyników nie doprowadziły. To téż Eulenburg i Guttmann, w znaném dziełku: *Die Pathologie des Sympathicus* (1873) oświadczyli, że nawet nie ma stanowczych dowodów, iżby zmiany splotów brzusznych nerwu współczulnego sprowadzały objawy choroby Addisona. Nadto i pod względem budowy anatomicznéj nadnercza tak dalece zapatrywania się różniły, że podczas gdy Henle i Brunn przypisywali nadnerczu nadzwyczajną obfitość nerwów, Klebs twierdził przeciwnie, że nie posiada ono ni więcéj ni mniéj nerwów niż np. wątroba lub nerki (*Handbuch der path. Anat.* III. wyd. 564). Różnorodność i niejednostajność zmian w nadnerczach wśród choroby Addisona była powodem, że wreszcie jako podstawę jéj poczęto uważać schorzenie całego nerwu współczulnego (Oppolzer, Bamberger, Virchow) a nawet całego układu nerwowego, jak twierdził Rossbach. (Merkel *Nebennierenkrankheiten* str. 314 (*Ziemssens Handbuch der spec. Pathologie u. Ther.* 2 Aufl., 24 zeszyt). Na szczególną uwagę zasługują wyniki drobnowidowych badań, do których doszli Libanow i Pio-Foa (*ibid.*, str. 315). Na podstawie 350 sekcyj, w których nerw współczulny, wśród najróżnorodniejszych chorób, wyjąwszy chorobę Addisona, był zbadany, wykryli w nim obaj autorowie różnorodne, liczne i nieraz dość znaczne zmiany anatomiczne. Ztąd widać, że zmiany w nerwie współczulnym i jego zwojach nie mogą być wyłączną podstawą choroby Addisona. Praca Jürgensa rzuca niejakie światło na tę chorobę, jakkolwiek myśl przewodnia nie jest nową i ma liczne analogije w newropatologii (postępujący zanik mięśni, zmiany w układzie nerwowym po ciężkich schorzeniach jelit itd.). Dalsze badania wykażą, czy poglądy te mają dla choroby Addisona wartość ogólną. *Brzyp. Sprawozd.*). *Dr. Pisek.*

Valenta: **Zatrzymanie główki płodu dojrzałego wraz z resztkami łożyska przez 40 dni w jamie macicznéj bez najmniejszego odczynu.**

Przypadek niniejszy, jako drugi znany w literaturze, ze wszech miar ciekawy, wykazuje, jak wiele macica znieść potrafi, i jak mało znamy istotę posocznicy.

Trzynastego lutego 1882 przybyła do kliniki położn. w Lublanie 35-letnia kobieta, która od 8 stycznia, dnia porodu (czwartego z rzędu), miała mieć w swéj macicy główkę płodu. Tułów płodu miał być odcięty przez lekarza, który pomimo przeróżnych rękoczynów nie był w stanie wydobyć wówczas płodu znajdującego się w położeniu barkowém; rodzącą zaś zostawił bez żadnéj dalszéj dyspozycyi.

Przez pierwszych ośm dni nie przestrzykiwano wcale macicy. Odtąd co drugi lub trzeci dzień przestrzykiwano letnią wodą. Chora ani razu nie miała dreszczów, bólów żywota, zgoła żadnych objawów, któreby odnieść można było do zadrażnionéj otrzewny. Nieznośny smród, jaki powstawał z odchodów macicznych, był jedynym objawem przykrym. Badanie choréj w dniu przybycia wykryło po nad spojeniem łonowém guz wielkości główki dziecięcéj, szczególniéj trzeszczący, zaledwie bolesny, odpowiadający macicy ku przodowi nachylonéj z twardą częścią pochwową zupełnie zwiniętą. Ujście zewnętrzne odwinięte pozwala dostać się palcem na 2 cm. w głąb szyi macicznéj. Przez ujście maciczne wewnętrzne, dla palca niedrożne, wyczuć można ostry koniec kości a przy uciskaniu dna macicy można usłyszeć owo trzeszczenie, przyczém wydobywa się nadmierna ilość płynu obrzydliwie cuchnącego.

Ciepłota choréj w dniu przybycia wynosiła 37·5 C., tętno uderzało 72 razy na minutę. Zastósowano kąpiele nasiadowe, regulator Leitera pozostawał dniem i nocą na żywocie, a co trzy godziny przestrzykiwano macicę 3% kw. karbolowym.

Stan choréj wcale się nie zmienił. Ani śladu ogólnego lub miejscowego odczynu. Widoczna, że macica była w całości zwiniętą, jéj dno zaś i ciało pozostało rozciągniętém (skutkiem obecności ciała obcego), a szyja, wolna od przeszkód, samoistnie już wprzód ściągnęła się była.

Po odpowiedniém rozszerzeniu ujścia gąbkami prasowanemi, dokładnéj dezinfekcyi i podaniu świeżo sproszkowanego sporyszu 5 razy w dawkach gramowych, zachloroformowano chorą. Obcęgami wyjęto jednę kość czaszkową po drugiéj, druzgocząc przy tém kości boczne, przy czém nie obeszło się bez nacinania ujścia macicznego zewnętrznego. Równocześnie z kostkami wyszły resztki łożyska okazujące wcale świeże wejrzenie.

„Drugi połóg," jak Valenta się wyraża, odbył się zupełnie prawidłowo. Wśród przestrzegania skrupulatnéj czystości, przestrzykiwania macicy 2% kw. karbolowym, opuściła chora zakład 12 marca zupełnie zdrowa. Ciepłota nigdy nie przekroczyła 37·5 C., tętno uderzało 72—78 razy na minutę.

Przypadek powyższy, podobny poniekąd przypadkowi Freunda (*Geschichte einer Frau, welche den vor zehn Jahren abgerissenen Kindskopf noch heute in einzelnen Resten im Uterus trägt. Deutsche Klinik 1869*), niezwykłym jest z dwóch przyczyn. Po pierwsze wykazuje niezwykłą obojętność macicy dla ciała obcego, niezostającego z nią w związku. Powtóre zadziwiającym jest brak posocznicy.

Obojętność, względnie nieczynność macicy tłumaczy V. w ten sposób, że macica w zupełności była już zwiniętą. Do tego również należy odnieść bierne rozdęcie dna i ciała macicy, które były nader cienkie. Co do braku posocznicy przypomina autor słowa Goethego: *...grau ist alle Theorie...* podając hipotetyczne tylko tłumaczenia. (*Archiv f. Gynäkologie Bd. XIX, Heft 3, Wien. med. Blätt.* Nr. 30, 31). *Dr. Pisek.*

Wiadomości pomniejsze.

L'iodoformomanie. Pod tym tytułem umieszcza p. Chevallereau artykuł w *La France medicale* r. 1882, Tom II, Nr. 19). Artykuł ten przestrzega w sarkastycznym tonie przed używaniem i doświadczaniem tego środka wskazując na sąsiednich Niemców i nazywając stosowanie i doświadczanie przez nich tego leku lekkomyślnością i śmiałkostwem. Zdaje mi się, że dobrze robią Niemcy doświadczając tego leku, mimo wyliczonych przez p. Chevallereau przypadków otrucia, gdyż te dowodzą tylko potrzeby ostrożności i zrażać doświadczających nie powinny, źle zaś robi p. Chevallereau zniechęcając do środka tegoż, zapomina bowiem lub nie wie, iż pierwsze ścisłe doświadczenia z użyciem jodoformu zewnętrznie i wewnętrznie dokonane zostały w murach Wszechnicy paryskiéj przed laty 13 przez ziomka naszego Dra Nieszkowskiego i w tymże czasie ogłoszone zostały p. t.: *D l'emploi therapeutique de l'iodoforme consideré comme cicatrisant et anesthésique local.* Paris, 1869, że tamże są wyliczone prawie też same wskazania, które ustaliły późniejsze doświadczenia Niemców dopiero po latach kilkunastu dokonane. Zaiste dziwna, iż żaden z autorów niemieckich, podając wyczerpujące szkice historyczne o pracach nad jodoformem, nie wspomina o pracy naszego kolegi, która była jego dysertacyją inauguralną i następnie drukiem ogłoszona dostała się do jednéj z księgarń wiedeńskich. *Dr. T. Dworski* (w Przemyślu).

(K. Gr.) **Potówki w durze**. Dr. Albert Robin badał płyn potówek w przypadku duru, w którym wysypka tak była obfitą, że pęcherzyki spływały razem i tworzyły pęcherze znacznéj wielkości. niektóre bowiem miały centymetr średnicy. Zebrał z nich więcéj niż 3 gramy płynu bezbarwnego, przeźroczystego. Z płynu tego, gdy stał dłużéj, osadził się osad z białawych strzępków, a równocześnie płyn począł opalizować. Płyn ten oddziaływał słabo kwaśno, miał silną nieprzyjemną woń. Pod drodnowidem można było spostrzedz jedynie małą liczbę kulek tłuszczu i komórki przyskórka. Płyn ten nie zawierał ani białka ani cukru, a za dodaniem wyskoku nie ciemniał. Próbą mureksydową nie można było wykryć kwasu moczowego. Rozbiór chemiczny wykazał, iż płyn ten zawierał znaczną ilość chlorków, ale ani śladu siarkanów lub fosforanów. Na 1000 częśc i było wody 982 a istót stałych 18, z czego 14 przypadało na istoty organiczne a 4 na nieorganiczne. Skład ten okazuje, iż ilość istót organicznych przez przeziew skórny w durze wydzielanych należy uważać za bardzo znaczną. (*The Lancet*, 1882, II, Nr. 8).

(K. Gr.) **Kwas siarkawy w gruźlicy**. Kilka doświadczeń zrobionych przez Froschauera co do leczenia gruźlicy kwasem siarkawym nasunęły Cataniemu myśl zrobienia próby z tym środkiem w gruźlicy, a doświadczenia jego zasługują na uwagę nie tylko z tego praktycznego punktu widzenia, lecz także ze względu na odkrycia Kocha. Osobom cierpiącym na gruźlicę podawano do picia wodę nasyconą tym kwasem, a głównie zalecono im oddechanie w pokojach zamkniętych powietrzem zawierającém znaczne ilości tego kwasu. Doświadczenia, czynione przez czas dłuższy, doprowadziły do następujących wniosków: Większa część chorych znosiła dłuższy czas trwające wdychania kwasu siarkawego bardzo dobrze, jedynie uskarżali się chorzy w ciągu pierwszych kilku dni, zanim się przyzwyczaili. We wszystkich przypadkach w ten sposób leczonych ustąpiła gorączka w ciągu kilku dni. a stan bezgorączkowy trwał daléj. O ile z tych przypadków wnosić można, cierpienie miejscowe w ciągu leczenia nie okazywało skłonności do szerzenia się, a ilość wydzielin wykrztuszonych stawała się mniejszą. Spostrzeżenia czyni C. daléj celem stwierdzenia, o ile można się spodziewać stałego skutku. (*The Lancet* 1882, II, Nr. 3).

V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak.

Posiedzenie III z dnia 9 maja 1882 r.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 6.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący zawiadomił, iż prześle w jak najkrótszym czasie odezwy do poszczególnych zdrojowisk w sprawie zajęcia się założeniem stacyj meteorologicznych.

3) Przewodniczący zawiadomił, iż doc. Dr. Grabowski ofiarował do biblijoteki Komisyi balneologicznéj przeszło 30 broszur treści balneologicznéj, tudzież że z Iwonicza, Żegiestowa i Lubienia nadesłane zostały broszurki.

4) Prof. Korczyński miał rzecz: „O zdrojowiskach Morszyńskich a w szczególności o wodzie gorzkiéj Morszyńskiéj w porównaniu z innemi wodami gorzkiemi".

Zdrojowisko Morszyńskie urządzone zostało nasamprzód jako górskie uzdrowisko dyjetetyczno-powietrzne dla chorób piersiowych i znalazło poparcie Komisyi balneologicznéj, która w r. 1878 zaleciła je tak na podstawie opisu Dra Dzikowskiego, jakoteż badań przedsięwziętych na miejscu przez Dra Lutostańskiego. Zakres leczniczy uzdrowiska tego rozszerzył się przez wykrycie wybornéj borowiny, którą badał p. B. Hoff, a którą

również Komisyja balneologiczna poparła, jak niemniéj przez oczyszczenie zdrojów wody słono-gorzkiéj, wypływających z dawnych szachtów górniczych, które Dr. Lutostański pierwszy jako zdroje słono-gorzkie oznaczył. Na podstawie orzeczenia Komisyi balneologicznéj, że zdroje te mogą być z korzyścią używane w celach leczniczych, zezwoliło Ministerstwo Skarbu na zużytkowanie ich w celach leczniczych, a na podstawie rozbioru chemicznego zdroju Magdaleny, dokonanego przez prof. Radziszewskiego, i borowiny, dokonanego przez B. Hoffa, Namiestnictwo zezwoliło na używanie nazwy: „Zdrojowisko solankowo-borowinowe“ i na wprowadzenie w handel przetworów zdrojowych. Późniéj oczyszczono jeszcze zdroje słono-gorzkie Bonifacego i Bronisława, zaczęto wyrabiać sól ze zdroju Bonifacego, ług solankowy ze zdroju Magdaleny i ług solankowo-borowinowy, któreto przetwory poddał rozbiorowi chemicznemu prof. Radziszewski. Po roku 1879 wykryto nadto zdrój Adama (słono-gorzki), zdrój Matki Boskiéj (alkaliczny) i zdroje Alfreda i Ferdynanda (żeleziste). W marcu 1881 zdrojowisko przeszło na własność funduszu wdów i sierot Towarzystwa lek. galic. a dotychczasowy właściciel p. Bonifacy Stiller zatrzymał sobie tylko dożywotnie prawo własności.

Wprawdzie Tow. lek. galic. nie uznało dotąd za rzecz stosowną, aby zasiągnąć jakichkolwiek rad i wskazówek lub udać się o poparcie do Komisyi balneologicznéj, która bądź co bądź jest uprawniona do wydawania sądu w sprawach zdrojowisk. Mimo to jednak winna Komisyja balneologiczna popierać i nadal zdrojowisko, któremu udzieliła pierwszego poparcia, a to tém bardziéj, że w ten sposób popiera się dobrobyt kraju i szlachetne cele funduszu wdów i sierót.

Jednym z najdzielniejszych środków leczniczych Morszyńskich jest bezsprzecznie woda gorzka ze zdroju Bonifacego. Według rozbioru chemicznego prof. Radziszewskiego zawiera ona (opuszczając liczby dziesiętne): siarkanu sodowego 28, chlorku sodowego 12, chlorku magnowego 10, siarkanu magnowego 6, siarkanu potasowego 6, chlorku potasowego 5, siarkanu wapniowego 1 na 1000 cz. wody. Z porównania wody téj z 16 najbardziéj używanemi i najsilniejszemi wodami gorzkiemi wynika, że woda Morszyńska zawiera najwięcéj składników stałych ze wszystkich dotychczas znanych wód gorzkich i to tak, że podczas gdy woda gorzka Wiktoryi, jako najsilniejsza, zawiera składników stałych 58 cz. woda ze zdroja Bonifacego mieści w sobie 70 cz. stałych. Co do ilości siarkanów w ogóle woda Morszyńska zajmuje w szeregu wód gorzkich czwarte miejsce, gdyż tylko wody gorzkie Wiktoryi, Rakoczego i Franciszka Józefa przewyższają ją pod tym względem. Za to tak pod względem siarkanów alkalicznych (których ilość wynosi 34), jakotéż ilości chlorków (których ilość wynosi 28), wreszcie pod względem ilości chlorku sodu przewyższa wszystkie dotąd znane wody gorzkie. Pod względem ilości soli magnowych zajmuje woda Morszyńska piąte, pod względem ilości siarkanu magnowego dziewiąte, a pod względem chlorku magnowego pierwsze miejsce.

Tym właśnie składem chemicznym wyróżnia się woda Morszyńska bardzo korzystnie od innych wód gorzkich, a mianowicie przewagą siarkanów nad chlorkami, a bardziéj jeszcze przewagą siarkanów alkalicznych nad siarkanem magnowym, wreszcie obfitością chlorku magnowego, którego ilość jednakże nie dorównywa ilości chlorku sodowego. Jako najbardziéj zgęszczona z wszystkich dotychczas znanych wód gorzkich, może woda Morszyńska w wybitnym stopniu sprawiać skutki, zależne od jéj części składowych. Jako środek przeczyszczający działa woda Morszyńska głównie i przeważnie nie treścią soli magnowych lecz — co jest jéj największą zaletą — znakomitą ilością siarkanów i chlorków alkalicznych. Składem chemicznym oddala się woda Morszyńska od wód gorzkich budzińskich, w których przeważnym składnikiem są sole magnowe, przewyższa wody czeskie zamożnością w siarkan sodowy a zbliża się do wód gorzkich niemieckich zamożnością w chlorki, przewyższa je jednak obfitością siarkanu sodowego. Z tych powodów jest woda gorzka Morszyńska unikatem pośród wszystkich dotychczas znanych wód gorzkich.

Działanie lecznicze wody gorzkiéj Morszyńskiéj zależy w pierwszym rzędzie od siarkanów alkalicznych, w drugim rzędzie od chlorków alkalicznych, w trzecim dopiero od soli magnowych, a tu znów więcéj od chlorku magnowego aniżeli siarkanu magnowego.

Siarkan sodowy, który jest połączeniem dla ustroju mniéj obcém aniżeli siarkan magnowy, w większéj ilości działa jako lek przeczyszczający łagodniéj aniżeli siarkan magnowy. Rozkłada on się mniéj w przewodzie pokarmowym i dla tego woda Morszyńska nie sprawia wzdęcia i odchodzenia takiéj ilości cuchnących gazów jak wody gorzkie budzińskie. Niekorzystnemu działaniu siarkanu sodowego na przewód pokarmowy przy dłuższém używaniu zapobiega obecność chlorku sodu. W mniejszéj ilości pobudza siarkan sodowy błonę mięsną żołądka, a dostawszy się do obiegu krwi wpływa na przemianę pierwiastków, co także przyczynia się do rozszerzenia wskazań wody gorzkiéj Morszyńskiéj w porównaniu z wieloma innemi wodami gorzkiemi.

Obfita ilość chlorku sodowego tłumaczy korzystnie działanie wody gorzkiéj Morszyńskiéj na pobudzanie łaknienia, łagodny wpływ na narząd trawienia, wreszcie rozszerza znakomicie zakres wskazań, umożebniając używanie jéj nawet przez czas dłuższy bez niekorzystnego działania na zapas sił i odżywienia. Temu składnikowi zawdzięcza woda Morszyńska te same przymioty, jakie dla podobnych wód gorzkich niemieckich również w chlorek sodowy zamożnych (Kissingskiéj, Friedrichshalskiéj) wykazali Mosler, Mehring, Beneke, Thilenius i inni.

Zakres wskazań dla wody gorzkiéj Morszyńskiéj jest więc daleko obszerniejszy niż dla wielu innych wód gorzkich, tak dla dawek większych czyszczących, jakotéż dla dawek małych, za pomocą których możemy wpływać korzystnie na przemianę pierwiastków, np. w zołzach, krzywicy, przewlekłych nieżytach żołądkowych, lub jelitowych połączonych z otrętwieniem błony mięsnéj.

Liczne doświadczenia wykonywane od kilku miesięcy tak w klinice, jakotéż w praktyce prywatnéj wykazują, że korzystne działanie téj wody odpowiada jak najzupełniéj wywodom teoretycznym wysnutym z jéj składu chemicznego i z działania farmakodynamicznego jéj składników.

Dawka czyszcząca téj wody wynosi 100—200gm. na raz. W téj ilości działa łagodnie, nie drażni przewodu pokarmowego, a nawet podnieca łaknienie. Używana zrana na czczo nawet przez dłuższy czas nie podkopuje zapasu sił i odżywienia a u ludzi niedokrewnych poprawia nawet stan ogólny, jeżeli dowóz pokarmów jest dostateczny. Używana w ciągu dnia, gdzie w jelitach cienkich znajduje się jeszcze miazga pokarmowa niestrawiona i część pokarmów strawionych ale jeszcze niewessanych, które wyprowadza na zewnątrz, działa osłabiająco i zmniejsza zapas sił i łkania. Stosownie więc do czasu podawania działa woda Morszyńska odmiennie na stan ogólny.

W dawkach małych 30—60gm. na raz oddaje woda Morszyńska znakomite usługi w nieżytach żołądka połączonych z rozstrzenią, gdzie zależy na pobudzeniu błony mięsnéj żołądka, w zołzach, krzywicy, obrzękach wątroby i śledziony, a więc w przypadkach, które przekraczają zakres wskazań dla wód gorzkich, które zawierają przeważnie tylko siarkan magnowy.

Również z korzyścią używać można wody Morszyńskiéj jako dodatku do wód mineralnych alkalicznych lub żelezistych.

Zaletą téj wody jest także jéj taniość. Flaszka zawierająca 775gm. kosztuje bowiem 28 ct.

Jedyną ujemną własnością jest smak dosyć mocno słony. Smak ten zakrywa najlepiéj dodatek wody sodowéj.

W dyskusyi kol. Lutostański zwraca uwagę na jednę więcéj zaletę wody Morszyńskiéj, że nie zawiera chlorku wapnia, podczas gdy wody gorzkie francuzkie zawierają chlorek wapniowy, skutkiem czego działać mogą szkodliwie a w wielkich dawkach nawet trująco.

Przewodniczący zwraca szczególniéj uwagę na tę okoliczność, że woda Morszyńska, jak wykazują spostrzeżenia prof. K., działa równie korzystnie u osób niedokrewnych i wyniszczonych, u których z zastosowaniem środków przeczyszczających trzeba być bardzo ogłędnym.

Na tém posiedzenie zakończono. *Doc. Dr. Ponikło.*

Posiedzenie naukowe Sekcyi przemyskiéj
z dnia 7 października 1882 r.

Przewodniczący: Dr. Cassina.

1) Po przyjęciu protokółu z ostatniego posiedzenia kol. Dworski przedkłada imieniem Komisyi asanacyjnéj wnioski w sprawie łaźni żydowskiéj, tudzież regulaminy dla lekarza i weterynarza miejskiego, które bez dyskusyi przyjęto.

2) Kol. Cassina przedstawia chorego z *Neuroretinitis*

haemorrhagica. Przypadek ten jest wielce zajmujący z powodu braku momentów przyczynowych i dołącza uwagi o leczeniu téj choroby.

3) Kol. Orłowski okazuje chorą z nowotworem *mediastini antici*, u któréj zachodziły trudności rozpoznawcze z powodu podobieństwa przypadków do tych, jakie bywają przy tętniaku tętnicy głównéj i wspomina o ubóstwie literatury w tym kierunku. W dyskusyi zabierali głos koll. Ziemiański, Rychlicki i Szalay.

4) Kol. Dworski streszcza świeże poglądy zawarte w dziele Dra Jaccouda pt.: *Curabilité et traitement de la Phthisie pulmonaire* poświęcając obszerniejsze wspomnienie ustępowi o lekach przeciwgorączkowych w suchotach. W dyskusyi brali udział koll. Orłowski i Szalay.

Wreszcie tenże odczytuje swój artykulik pod tytułem: Przyczynek do dziejów literatury jodoformu. Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. T. Dworski.*

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 15—21 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 29,0 (17,5 z. t.). Z czerwonki umarło 1 (0 z. t.); z odry 0 (1 z. t.); z zimnicy 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku duru brzusznego. W Londynie zapadło na ospę 20, umarło 4, leczyło się w szpitalach 95. W Wiedniu umarło 4, w Paryżu 7, w Granadzie 11, w Warszawie 11, w Madrycie 38, w Petersburgu 8. W Paryżu dur brzuszny bardziéj się rozszerzył, osobliwie w północnéj części miasta, umarło 250, leczyło się w szpitalach 1845. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie. W Rio de Janeiro panowała w sierpniu ospa. Z febry żółtéj umarła tamże w sierpniu 1 osoba.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 8—14 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 17,5; we Lwowie 37,1; w Poznaniu 32,3; w Wiedniu 25,0; w Pradze 25,3; w Tryjeście 19,4; w Berlinie 24,0; w Wrocławiu 28,4; w Gdańsku 27,4; w Dreźnie 23,8; w Mnichowie 26,0; w Lipsku 17,3; w Bazylei 17,9; w Brukseli 20,4; w Amsterdamie 21,1; w Hadze 19,1; w Paryżu 27,3; w Londynie 20,9; w Kopenhadze 22,7; w Stokholmie 20,8; w Chrystyjanii 15,3; w Petersburgu 27,5; w Odesie 37,8; w Rzymie 21,9; w Wenecyi 22,3; w Bukareszcie 23,9; w Madrycie 35,6; w Barcelonie 24,0; w Lizbonie 22,4; w Aleksandryi 44,6; w Nowym Yorku 26,6; w Filadelfii 20,2; w Bombayu 23,7; w Madrasie 39,1. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 2 listopada. Jakkolwiek nie jest zadaniem czasopisma fachowego wytykać ustawicznie błędy językowe, i jakkolwiek wytykanie takie najczęściéj pozostaje niestety bezskutecznėm a drażniąc miłość własną staje się przeciwnie pobudką do trwania w uporze, — to jednak spotykając się coraz częściéj z błędami coraz głębiéj zakorzeniającemi się, milczeć nie możemy, z obawy, abyśmy nie stali się współwinnymi złego, jeżeli widząc je nie zwrócimy uwagi piszących. Nie przestaniemy więc nawoływać do opamiętania się w kaleczeniu języka, ile razy spotykać się będziemy z rażącemi a często powtarzającemi się błędami, a może głos nasz nie będzie głosem wołającego na puszczy, jeżeli nie będziemy podawać pism, w których błędy te znaleźliśmy. Obecnie stajemy w obronie niewinnego wyrazu „trzewo“, który szczególnego doczekał się spadkowania, zwłaszcza w liczbie mnogiéj. „Trzewia lub trzewy“ w przypadku 1ym, a „trzewiów“ w przypadku 2gim itd. nasuwają domysł, że piszącym zdaje się, jakoby 1szy przypadek tego wyrazu był „trzewio“ lub „trzew“; tymczasem język nasz nie zna ani trzewia, ani trzewu, lecz „trzewo“; wypada więc spadkować w liczbie mnogiéj: „trzewa, trzew“ itd. Zaprawdę trudno pojąć, zkąd się wzięły potworne formy: „trzewia, trzewiów“, których piszący trzymają się z wytrwałością, godną lepszéj sprawy!

* **Berlin**. Prezesem Towarzystwa lekarskiego obrany został Virchow (zamiast Langenbecka), zastępcami prezesa Bardeleben, Henoch i Sigmund.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Würzburg.** Dr. Virchow młodszy habilitował się jako docent prywatny. — **Petersburg.** Docent prywatny Dr. W. Dobrowolski mianowany został prof. zwyczajnym oftalmologii w akademii wojskowo-lekarskiéj w miejsce Junge'go. — **Heidelberg.** Prof. Czerny otrzymał tytuł tajnego radcy. Kliniką Friedreicha zastępczo aż do przybycia Erba kieruje prof. Weil.

* **Nekrologija.** W Bonnie umarł w kwiecie wieku prof. w Wydz. lek. Obernier. — W Tetschen w Czechach umarł Dr. Spielmann, którego dzieło o dyjagnostyce chorób umysłowych w swoim czasie wielki miało rozgłos.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 43: Pawińskiego: Przyczynek do nauki o powstawaniu zmęczenia i wyczerpania mięśni serca przy wadach zastawek serca; Niedźwieckiego: Samoistne pęknięcie ścian brzusznych podczas ciąży; zupełne wyzdrowienie, poród bez powikłań; Rothego: Otrucie wyskokowe (c. d.)—W *Medycynie* Nr. 43: Korczyńskiego: Uwagi i spostrzeżenia kliniczne IV. O zwyrodnieniu włóknistém tkanin (c. d.)

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę d. 8 b. m. posiedzenie zwyczajne, na którém odbędzie się dyskusyja nad odczytem kol. prof. Browicza mianym na poprzedniém posiedzeniu, poczém koll. doc. Goebel i doc. Poniklo okażą nowe przyrządy a względnie toczyć się będą rozprawy nad wnioskami odnoszącemi się do zmiany statutu Towarzystwa.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z d. 11 Października rb. L. 48457 wydanego w skutek uchwały Wysokiego Sejmu z dnia 30 Września rb., rozpisuje się konkurs na posadę Prymaryjusza oddziału chirurgicznego przy naszym szpitalu.

Posada ta jest stałą, do któréj przywiązaną płaca rocznie 1.200 złr. w. a., z prawem podwyższenia jéj o 200 złr. w. a. po upływie każdych pięciu lat zadowalającéj służby.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

1) Wiek, stan i miejsce urodzenia.

2) Uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora medycyny i chirurgii, lub wszech nauk lekarskich, na jednéj z Wszechnic państwa austryjackiego, jak niemniéj praktykę szpitalną w dziale chorób chirurgicznych.

3) Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy najdaléj do końca Listopada rb. na ręce Dyrekcyi Szpitala powszechnego we Lwowie, bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeśli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Z Dyrekcyi krajowego Szpitala powszechnego we Lwowie.

Lwów dnia 17 Października 1882 r.

Dr. Głowacki.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze Anatomii patologicznéj c. k. Szkoły weterynaryjnéj we Lwowie, na lat dwa, licząc od dnia 1 Października 1882.

Z posadą tą połączona jest płaca **600** złr. w. a. rocznie.

Podania, należycie poparte, między innemi i dowodem dokładnéj znajomości języka polskiego, wnosić należy najpóźniéj do dnia 15 Listopada rb., na ręce Dyrektora Szkoły.

Lwów dnia 13 Października 1882.

Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego

wydawany nakładem tegoż Towarzystwa pod redakcyją

EDWARDA KLINKA.

Zeszyt IV za rok 1882 wyszedł z druku i zawiera:

1) Neugebauera L. A: O narzędziach starożytnych chirurgicznych i gynijatrycznych odnalezionych w Pompei i Herkulanum. (Dokończenie).

2) Zaleskiego St. Sz.: Rezultaty sprawdzenia doświadczeń Bonneta na stawach biodrowym i kolanowym. (Dokończenie).

3) Wehra W.: O resekcyi odźwiernika. (Dokończenie).

4) Rumszewicza K.: Przyczynek do nauki o wadach rozwojowych oka.

5) Skabiczewskiego B.: O nerwach (ekscytomotornych) przyspieszających ruchy serca.

6) Protokóły posiedzeń Towarzystwa od dnia 27 Czerwca do 20 Września rb.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze anatomii opisowéj c. k. Skoły weterynaryi we Lwowie, na lat dwa, licząc od dnia 1 Października 1882.

Z posadą tą połączona jest płaca **500** złr. w. a. rocznie.

Podania należycie poparte, między innemi i dowodem dokładnéj znajomości języka polskiego, wnosić należy najpóźniéj do dnia 15 Listopada rb. na ręce Dyrektora Szkoły.

Lwów dnia 13 Października 1882.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na posadę asystenta przy katedrze Farmakologii i Farmakognozyi c. k. Szkoły weterynaryjnéj we Lwowie na lat dwa, licząc od dnia 1 Października 1882.

Z posadą tą połączona jest płaca **600** złr. w. a. rocznie.

Podania należycie poparte, między innemi i dowodem dokładnéj znajomości języka polskiego, wnosić należy najpóźniéj do dnia 15 Listopada rb. na ręce Dyrektora Szkoły.

Lwów dnia 13 Października 1882.

Nakładem Towarzystwa ekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Paryżu p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 11 listopada 1882. №. 45. Rok XXI.

I. Synteza kwasu moczowego.

Podał Dr. Jan Horbaczewski,
asystent w pracowni chemicznéj prof. Ludwiga w Wiedniu

Niniejszém podaję sposób, za pomocą którego udało mi się otrzymać sztucznie kwas moczowy:

Drobno sproszkowany glikokol otrzymany z kwasu hipurowego zmięszałem z dziesięć razy większą ilością czystego mocznika, wytworzonego z sinianu amonowego. Mięszaninę tę ogrzałem szybko w łaźni metalowéj do ciepłoty 200—230°C., aż masa stopiona, z razu bezbarwna i przeźroczysta, stała się cisawo-żółtą, mętną i gęstawą. Masę tę po oziębieniu rozpuściłem w rozcieńczonym ługu potasowym, rozczyn zaprawiłem chlorkiem amonu w nadmiarze i strąciłem mięszaniną roztworu srebrowego amonijakalnego i mikstury magnezyjowéj. Osad zawierający kwas moczowy, po dokładném wymyciu wodą amonijakalną, rozłożyłem rozczynem siarczku potasu. Po odsączeniu osadu zaprawiłem przesącz kwasem solnym w nadmiarze i zagęściłem przez odparowanie.

Pozostałość wydzielającą się po oziębieniu rozpuściłem znowu w ługu potasowym i poddałem dwa razy tym samym działaniom chemicznym, jak powyżéj. Ostatecznie otrzymałem proszek krystaliczny żółtawo zabarwiony, który wymyłem alkoholem i wysuszyłem, potém dla oczyszczenia z siarki wytrawiłem dwusiarczkiem węgla a wreszcie eterem.

W ten sposób otrzymane ciało zachowywało się pod względem chemicznym zupełnie tak samo, jak kwas moczowy:

1) Przedstawiało się pod mikroskopem w charakterystycznéj formie krystalicznéj i to w miarę czystości preparatu w tabliczkach lub osełkach.

2) Odkwaszało alkaliczny rozczyn siarkanu miedziowego przy ogrzaniu a już na zimno rozczyn azotanu srebrowego.

3) Rozpuszczało się przy ogrzaniu w zgęszczonym kwasie azotowym, przyczém wywięzywały się dymy brunatne, podczas gdy pozostałość odparowana barwy cebulowo-żółtéj przez działanie amonijaku stawała się purpurowo-czerwoną a po dodaniu ługu fijołkową.

4) Ciało to rozpuszczało się bardzo trudno w wodzie, w kwasie, alkoholu i eterze, bardzo zaś łatwo w ługach alkalicznych.

Rozbiór elementarny wykazał:

	obliczono	znaleziono
C —	35·72	35·68
H —	2·38	4·02
N —	33·33	33·49.

II. Wycięcie nerki lewéj z powodu włókniaka torebki 18·69 kilogr. ważącego. Wyleczenie.

Opisał
Dr. R. Bruntzel we Wrocławiu.
b. asystent w klinice śp. prof. Spiegelberga.

(Dokończenie. Patrz Nr. 44).

Gdy mi się pacyjentka w czerwcu r. b. znowu przedstawiła, przekonałem się, że zaszła nie mała zmiana w stanie przed trzema laty znalezionym: Obrzęk zwiększył się w dwójnasób, zapełniał brzuch zupełnie sięgając od spojenia kości łonowych aż do mostka; największy jego obwód w wysokości pępka wynosil 130cm., o pewném rozpoznaniu z powodu nieporuszalności obrzęku mowy być nie mogło; odgłos jelitowy znalazłem po lewéj i po prawéj stronie; związku z częściami rodnemi nie można było rozpoznać; macica, która bez przeszkody dała się poruszać, leżała pod obrzękiem, którego część spoczywała w miednicy. Fluktuacyja zdawała się być tak znaczną, że skłoniła mnie do przekłucia w kilku miejscach, bez najmniejszego atoli powodzenia.

Ze względu na dawniejsze spostrzeżenia sądziłem, że rozpoznania ówczesnego wyrzec się nie powinienem; ale

można było zarówno przypuścić, że obrzęk jest pozaotrzewnowym i że blaszkę otrzewnową odłączył od kręgosłupa i wyparł kiszkę na bok. Przypomniałem sobie przypadek przez Moerickego (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynäkologie*, 1882, T. VII, 2) opisany, w którym obrzęk pozaotrzewnowy mylnie rozpoznano jako torbiel jajnikowy, oraz podobny przypadek Billrotha (*Wiener medicinische Wochenschrift*, 1882, 28), w którym lewą nerkę z obrzękiem ściśle złączoną trzeba było wydalić, a który to przypadek zakończył się śmiercią.

Rozważywszy wszystkie te okoliczności, nie mogłem choréj zataić, że operacyja przedstawia nader wątpliwe widoki, a nawet że życiu jéj grozi niebezpieczeństwo. Pomimo to chora błagała, abym przynajmniéj spróbował, czy mi się wydalenie obrzęku nie uda, gdyż jéj cierpienia coraz bardziéj się zwiększają, i że w takim pożałowania godnym stanie dłużéj żyć nie może. Krewni jéj, którym również oświadczyłem, że operacyja jest nadzwyczaj trudną i może nawet zgoła niepodobną, prosili jednak, abym ją przedsięwziął.

D. 1 lipca r. b. uskuteczniłem więc operacyję przy łaskawéj pomocy kilku kolegów, używszy wszelkich przy laparotomii koniecznych środków przeciwgnilnych. Dla nadzwyczaj wielkich rozmiarów obrzęku można było rozpoznać dokładnie stosunki po uskutecznieniu cięcia brzusznego od górnego brzegu spojenia kości łonowych aż do wyrostka mieczykowatego. Pokazało się teraz, że guz leżał poza otrzewną, blaszka tylna otrzewny pokrywała go z przodu, po stronie lewéj zaś znajdowało się ramię zstępujące jelita grubego. Jeszcze i teraz obmacywanie guza zdawało się tak łudząco wykazywać obecność w nim płynu, że próbowałem zmniejszyć go przez punkcyję, co się jednak nie udało. Przeciąłem więc teraz tylną blaszkę otrzewny i oddzieliłem ją dłonią od guza, oddzielanie to udało się po stronie prawéj z łatwością, po stronie zaś lewéj, skutkiem silniejszego przyczepienia, otrzewna przerwała się w kilku miejscach. Przytém wypadło podwiązać bardzo liczne naczynia, niektóre dochodzące grubości palca małego, aż w końcu udało się guz odsłonić i od góry. Jeden z asystujących odciągał mocnemi szczypczykami Muzeuxa guz ku stronie lewéj, ja zaś starałem się uwolnić go z pod spodu. Po dokładném zatamowaniu wszystkich miejsc jeszcze broczących, przystąpiłem nasamprzód do złączenia otrzewny w blaszce tylnéj, poprzerywanéj skutkiem silnego spojenia z guzem. Największą trudność sprawiało tutaj rozerwanie w kącie jéj górnym po stronie prawéj, w szparę tę bowiem wtłaczał się przy każdym oddechu kawałek żołądka. Następnie zeszyłem tylną blaszkę otrzewny z przednią, wygładziwszy ją poprzód jak najdokładniéj, przez co zamknąłem zupełnie jamę otrzewny. Tutaj trzeba było przedewszystkiém uwolnić dolną część jelita zstępującego. Jeszcze i teraz było niemożebném oryjentowanie się dokładne co do stosunków obrzęku, bo wielkość jego i ciężar utrudniały ogromnie podniesienie go. Po stronie tylnéj dosięgnąć było można wązkiego trzonka obrzęku. Trzonek ten uciskał jeden z asystujących, dopóki mi się nie udało podwiązać go, po oddzieleniu przyczepin obrzęku do blaszki tylnéj otrzewny i tworów pozaotrzewnowych.

Dopiero po ostateczném wydobyciu guza można było wybadać stosunki topograficzne obszaru operacyjnego. Po stronie lewéj i z boku jamy pozaotrzewnowéj dostrzegliśmy, że jedno z przeciętych i podwiązanych naczyń jest moczowodem, mieliśmy więc przed sobą alternatywę zeszycia przeciętego moczowodu lub téż wyjęcia nerki lewéj. Jednakowoż nie udało nam się znaleźć na obszarze operacyjnym ani górnéj części moczowodu, ani téż saméj nerki. Dopiero po dokładném obejrzeniu guza pokazało się, że nerka znajdowała się niejako w zagłębieniu jego tylnéj ściany, że zatém wraz z guzem została wyjętą. Mniemany trzon guza były to naczynia nerki, które teraz osobno podwiązano. Pozostałą część moczowodu ucięto krótko i pogrążono w jamę pozaotrzewnową.

Jamę pozaotrzewnową, powstałą w skutek wydobycia obrzęku, drenowałem za pomocą rurek drenowych (25 i 17cm.), z których wyżéj położona dochodziła do lewéj jamy nerkowéj, dolna zaś ku miednicy; dreny w środku brzucha na wierzch wychodzące przymocowałem i zastosowałem oprawę Listerowską, którą przymocowałem opaskami z gazy. Operacyja trwała $2\frac{1}{2}$ godziny. Podczas ostatniéj półgodziny nie stosowaliśmy chloroformu, gdyż tętno i oddech operowanéj zaczęły być nieregularnemi.

Obrzęk ważący 18,69 kilogramów okazał się włókniakiem torebki nerkowéj; w tkance łącznéj znajdowały się rozrzucone tkaniny tłuszczowe, które obrzękowi nadawały układ na pozór płynny. W wydrążeniu obrzęku leżała nerka lewa, która zresztą całkiem prawidłową się przedstawiała.

Chora przebudziła się niebawem ze stanu narkozy, a bieg gojenia przez dni kilka był zupełnie zadowalający obok nieznacznego wzmagania się ciepłoty, która szóstego dnia wynosiła 38,8. Brzuch pozostał płaskim; z drenów wychodził płyn niecuchnący w nieznacznéj ilości. Moczu odchodziło pomimo obfitego napoju nadzwyczaj mało; na drugi dzień po operacyi odjęto cewnikiem tylko 65cm., trzeciego dnia 85, lecz już czwartego dnia bez kateteru wyszło 900 cm., tak samo w dni następne. Ciężar względny moczu wynosił 1,022 do 1,024; w pierwszych dniach mocz miał lekką barwę karbolu, która jednakowoż ustąpiła po zaniechaniu bandaży karbolowych; do wypłókiwania drenów używano odtąd zamiast karbolu słabego roczczynu chlorku zynku. Ósmego dnia po zażyciu filiżanki odwaru St. Germain nastąpił obfity stolec bez wszelkiego bólu, tak samo dnia dziewiątego. Siódmego dnia skróciłem znacznie dreny, gdyż wydzieliny już wcale nie było; dnia dziewiątego mogłem dreny zupełnie usunąć i wydalić wszystkie szwy ze ścian brzusznych *per primam* zagojonych.

Dnia dziewiątego, podczas gdy odnawiałem opatrunek, chora żaliła się, że ma lekki ból w okolicy pęcherza i nagle straciła przytomność, zgrzytała zębami i przewróciła oczy. Odnogi były w stanie jakby letargu, tętna wcale czuć nie było; zdawało mi się, że lada chwila będę miał trupa w ręku. Pomimo wstrzykiwań podskórnych eteru, nacierań gorącym alkoholem gorczycznym i pomimo urządzenia sztucznego oddychania, chora pozostała przez trzy pełne godziny w tym stanie, nim odzyskała przytomność. Przyczyna tych groźnych objawów stała się widoczną, skoro zdjęto opatrunek: oto przez otwór, w którym leżały dreny, wychodził kał. Dolna część jelita zstępującego, gdzie w skutek oderwania się jelita środkowego szew dochodził do kiszki, obumarła, a pęknięcie jelita nastąpiło przypadkowo podczas odnowienia oprawy. Ale i to niespodziane powikłanie ustąpiło szczęśliwie, już dnia następnego odszedł kał przez odbytnicę, co dowodziło, ze się tylko fistuła kiszki była utworzyła, a nie *anus perpetuus*. Fistuła na szczęście nie była obszerna; oczyściwszy ranę z kału, pokrywałem ją dwa razy na dzień grubym pokładem naftalinu i przyłożyłem silny opatrunek uciskający; granulacyję, która niebawem nastąpiła, podnie-

całem częściéj kamieniem piekielnym, tak że po trzech tygodniach otwór w kiszce zupełnie się zamknął.

Inne nadzwyczaj osobliwe powikłanie nastąpiło w skutek porażenia obydwóch nerwów sprychowych; przyczyny tego objawu nie było można zbadać; w skutek faradyzacyi przez dłuższy czas wykonywanéj porażenie ręki prawéj ustąpiło zupełnie, lewa ręka pozostaje jeszcze w stanie podobnego porażenia, którego dotąd pomimo regularnie wykonywanéj faradyzacyi jeszcze nie zwalczono.

Pacyjentka, która przed wykonaniem operacyi przez wiele miesięcy nie była w stanie wyjść z mieszkania, cieszy się obecnie doskonałém zdrowiem, odbywa dalekie przechadzki i wypełnia bez trudności czynności domowe. Mocz codziennie odchodzi w ilości prawidłowéj; od czasu do czasu pokazują się w otworze drenowym obok szczupłéj wydzieliny cząstki jedwabnych nitek, które teraz zwolna odchodzą.

Streszczając w krótkości uwagi godne szczegóły operacyi dochodzimy do wniosku, że nigdy jeszcze obrzęku tak wielkich rozmiarów nie zauważono, któryby od torebki nerkowéj wychodził, że tém mniéj podobny obrzęk stał się przedmiotem operacyi. Niezwykłém téż jest uzupełnienie jamy otrzewnowéj przez przyszycie tylnéj blaszki do przedniéj; jakotéż w dalszym przebiegu porażenie (hysteryczne?) nerwów sprychowych; nareszcie wyleczenie, które może pod pewnym względem jest przypadkowém, z innéj strony jednak dostarcza dowodu, że zachowując ostrożności przeciwgnilne najtrudniejszych zabiegów na polu laparotomii podejmować się możemy i to nie bez nadziei osiągnienia zadowalających wyników.

III. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Podał Prof. Dr. Blumenstok.

III.

Utopienie lub utonięcie.

D. 21 stycznia znaleziono w przerębli na rzece, powstałéj w skutek rąbania lodu, wieśniaka A. B. bez życia leżącego; tegoż dnia nad ranem słyszano w chatach najbliższych rzeki jakiś łoskot i wołanie o ratunek, a na lodzie koło przyrębli miały być ślady bronienia się; po wydobyciu zaś z wody A. B. spostrzeżono na jego ciele znak, pochodzić mający od silnego uderzenia.

W skutek tego doniesienia urzędu gminnego Sąd powiatowy rozpoczął śledztwo i zarządził sekcyję sądową zwłok A. B. Sekcyja uskuteczniona w d. 24 stycznia przez Dra C. i chirurga D. wykazała co następuje:

Oględziny zewnętrzne: 1) Zwłoki mężczyzny około lat 40 liczącego, wzrostu średniego, dobréj budowy ciała i miernego odżywienia. 2) Głowa, twarz i małżowiny uszne silnie obrzękłe, ciemno-sino zabarwione. Na czole na palec szerokości od brzegu włosów nad szwem kości czołowéj znajduje się siniec wielkości bobu, poziomo ułożony; po nacięciu skóry napotyka się wybroczynę krwawą takiéj saméj wielkości co siniec zewnętrzny. 3) Oczy zamknięte, powieki mocno obrzękłe, spojówki ócz obydwóch nastrzykane, mocno przekrwione, barwy jasno czerwonéj, rogówki mętne, źrenice rozszerzone. 4) Usta rozwarte, wargi obrzękłe, przeważnie dolna, jednak nie obwisła, barwy ciemno-brunatnéj; z ust i nosa wypływa ciecz pienista, różowa. 5) *a*) Szyja i kark mocno obrzękłe, na nich widać pas blady, 5 cm. szeroki, o brzegach równych i równoległych, poniżéj i powyżéj onego skóra jasno-czerwono zabarwiona; w pasie tym są smugi jasno-czerwone, nad poziom wystające; tak w pasie samym, jakotéż poniżéj i powyżéj skóra przy dotyku jakotéż przy nacięciu nie przedstawia żadnych zmian. Dodaje się, że obszewka od koszuli, w któréj Komisyja zwłoki znalazla, również jest 5 cm. szeroką. 5) *b*) W dolnéj części szyi z obu stron tchawicy, na palec szerokości od stawu łączącego mostek z obojczykiem, znajdują się dwa sińce podłużne, 3 cm. długie a 2 cm. szerokie; przy nacięciu skóry w tych miejscach znaleziono wybroczynę wielkości sińcowi odpowiadającą. 6) Klatka piersiowa wypukła, brzuch lekko wzdęty. 7) Przy obróceniu zwłok w celu obejrzenia tylnych części wypływa z ust w dość znacznéj ilości ciecz różowo-pienista. 8) Nad kością krzyżową siniec wielkości dłoni. 9) W zgięciu pod stawem kolanowym lewym siniec ze zdartym i przyschniętym nabłonkiem wielkości talara; nacięcie wykazuje wybroczynę krwawą. 10) Ani pomarszczenia skóry na brzuścach palcowych u nóg i rąk, ani skóry gęsiéj, co zwykle u ludzi utopionych się znachodzi, nie można wykryć. Plamy pośmiertne są barwy jasno-czerwonéj.

Oględziny wewnętrzne: 11) Oczaszna prawidłowa i lekko przekrwiona; czaszka gruba, zbita, miejscami przeświecająca, bez uszkodzenia. 12) Błony miękkie połyskujące, napięte i mocno nastrzykane. W zatokach mózgowych znaczna ilość krwi ciemno-wiśniowéj, na pół płynnéj. Istota mózgowa prawidłowa, silnie przekrwiona, to jest na przekroju jego występują liczne drobne kropki krwi. 13) Płuca są mocno wzdęte a po otwarciu klatki piersiowéj występują z niéj; na opłucnéj obydwóch płuc, jakotéż na opłucnéj żebrowéj liczne wynaczynionki czerwone. Płuco prawe wzdęte, mocno trzeszczy, po nacięciu w dolnych częściach wydziela się płyn pienisty różowy. Płuco lewe przyczepione, zresztą te same ma własności co prawe. 14) Gruczoł tarczykowy obrzękły, silnie przekrwiony, mięśnie i tkaniny przyległe również krwią przesiąkłe. W krtani i tchawicy znajduje się ciecz różowa, pienista, błona śluzowa ich prawidłowa, chrząstki krtani nie uszkodzone. 15) W worku sercowym kilka gramów surowicy, serce lekko tłuszczem obrosłe i powiększone, miąższ serca zgrubiały, w komórkach krew ciemno-wiśniowa, na wpół płynna. 16) Wątroba powiększona, przekrwiona; śledziona powiększona, silnie przekrwiona; nerki przekrwione. 17) Żołądek miernie wzdęty, przy poruszaniu słychać w nim chlupanie; po podwiązaniu z obu stron i otwarciu znaleziono w nim cieczy kleistéj, serowatéj i ciągnącéj się około 300 gramów, pochodzącéj z reszty potraw spożytych; błona śluzowa prawidłowa (utopiony na parę godzin przed śmiercią jadł był żur na śniadanie). 18) Jelita zawierają kał żółty, na pół płynny, błona śluzowa ich prawidłowa; pęcherz moczowy próżny.

PP. Obducenci wydali następujące orzeczenie: Zanim przystąpimy do właściwego orzeczenia, jesteśmy zmuszeni z biegiem okoliczności objaśnić przebieg śmierci z utopienia. Jeżeli człowiek będąc przytomny wpadnie do wody i grozi mu śmierć przez utopienie się, wstrzymuje oddech i usiłuje wydostać się nad powierzchnię wody, aby zaczerpnąć powietrza, jak nas codziennie uczy praktyka; gdy jednak to się nie uda, brak powietrza staje się coraz dotkliwszym a topiący się otwiera usta, chcąc zaczerpnąć powietrza, zamiast którego wciska się woda w jego usta, którą jak długo może połyka, to jest pije, aż ostatecznie następuje zatrucie krwi gazem CO_2, tonący traci zupełnie

przytomność, i przez tak zwane oddychanie odruchowe, gdyż ośrodki mózgowe jeszcze funkcyjonują, wdycha pełną piersią wodę do płuc zamiast powietrza.

Z powyższych oględzin wynika więc, że ostateczną przyczyną śmierci A. B. było utopienie, za czém objaw w płucu (13) opisany żywo przemawia; jednak dodać musimy, że utopiony zbyt krótko w wodzie pozostawał, za czém przemawia stan opisany pod l. 10 i bezsprzecznie w stanie bezprzytomnym dostał się do wody, czego dowodzi stan pod l. 17 opisany, gdyż w przeciwnym razie bezwarunkowo byłaby musiała większa ilość wody znajdować się w żołądku. Przez „bezprzytomność“ nie rozumiemy tu opilstwa, lub przez inne podobne środki uzyskaną bezprzytomność, lecz taką, jaka przychodzi przez duszenie lub inny gwałt podobny, który zarazem pociąga za sobą brak powietrza. Że A. B. przed utopieniem był przytomnym, za tém przemawia zeznanie świadków, którzy słyszeli opodal głos wzywający ratunku. Prawdopodobnie więc A. B. pierwéj był duszony, za czém przemawia stan pod l. 3—6 i 14 opisany, a gdy już stracił był przytomność i zaczął charczeć, wtedy dopiero wtrącony został do wody i dlatego znaleźliśmy tylko częściowe zmiany śmierci z utopienia. Stan opisany pod l. 5 *a*) powstał już po śmierci A. B. przez ucisk ze strony obszewki. Zmiany w mózgu, wątrobie, śledzionie i nerkach znalezione są to w ogóle zmiany, które zwykle przy każdéj śmierci gwałtownéj i nagłéj występują.

Podejrzanym o utopienie A. B. był brat jego przyrodni X. Y., który często miał mu grozić, że go zabije lub utopi. Świadkowie podali, że A. B. w dzień śmierci swojéj wyszedł z domu, gdy jeszcze było ciemno, i że często tak wczas miał tam chodzić nad rzekę, aby zabierać potajemnie koły przy tamie pozostawione. Jedni świadkowie twierdzą, że przed wschodem słońca słyszeli głos człowieka o pomoc wołającego i pochodzący z przerębli; drudzy wyraźnie słyszeć mieli słowa: „Dla Boga, ratujcie, podajcie choć kija“; inni znów podają, że kapelusz A. B. leżał na dwa kroki od przerębli i sądzą, że gdyby A. B. był wpadł przypadkiem, byłby wpadł razem z kapeluszem i że przeciw wpadnięciu przypadkowemu przemawia okoliczność, że nieboszczyk wiedział, gdzie przerębla się znajduje. Z drugiéj strony obwiniony X. Y. twierdzi, że noc przepędził we wsi z tamtéj strony rzeki, a świadkowie twierdzą, że gdy zrana powrócił do domu, a gdy na pytanie, gdzie A. B. jest, usłyszał, że go nie ma jeszcze w domu, obwiniony miał odpowiedzieć: „Ha, jeżeli go niema, to pewno utopił się w przerębli“. Przerębla, w której znaleziono A. B. miała długości 20 kroków a szerokości 8; na jéj brzegach znajdowały się bryły lodu, a ztąd przypuszczano, że A. B. mógł się był ratować, gdyby był wpadł do wody przypadkiem.

Dla ważności przypadku, — rozchodziło się bowiem o prawdopodobne morderstwo, a nawet skrytobójstwo, oraz celem wyjaśnienia zachodzących wątpliwości Sąd przesłał akta Wydziałowi Lek. U. J. z prośbą o wydanie orzeczenia.

Zdanie Wydziału w tym przypadku opiewało jak następuje:

1) Wynik sekcyi sądowéj a w szczególności stan płuc, krew nawpół płynna, brak wszelkich innych zmian, któreby śmierć nagłą człowieka przedtém zdrowego i czynnego wytłumaczyć mogły, wreszcie znalezienie zwłok w wodzie, przemawiają za tém, że A. B. umarł z utonięcia.

2) Sińce, znalezione na czole, na szyi i w zgięciu kolanowém lewém powstały za życia; co do sińca w okolicy krzyżowéj pewności téj niema, ponieważ tenże nie był nacięty. Pierwsze powstać mogły śród wpadnięcia do wody i usiłowanego ratowania się.

3) W szczególności sińce na szyi (l., 5, *b*), jakkolwiek za życia powstałe, ani pod względem umiejscowienia ani postaci nie mają cechy sińców, powstałych w skutek dławienia palcami. Niema więc podstawy do przypuszczenia, jakoby A. B. był dławiony lub duszony, zanim dostał się do wody.

4) Jakkolwiek wtrącenia A. B. do wody przez osobę drugą wykluczyć nie można, to jednak nic w danym razie nie przemawia przeciw utopieniu się lub utonięciu; w szczególności niczego nie dowodzą okoliczności, że kapelusz A. B. znaleziono w odległości dwóch kroków od wody, oraz że na brzegach przerębli znajdowały się bryły lodu.

Orzeczenie Wydziału wypadło więc na korzyść obwinionego, a dodajemy zaraz, obwinionego niewinnie według naszego przekonania. Pozornie przeciw niemu przemawiały nieprzyjaźń, w któréj żył z denatem, groźby i odezwanie się po powrocie do domu po śmierci A. B. Natomiast na jego korzyść oprócz niebytności prawdopodobnéj na miejscu przemawiała ważna ta okoliczność, że sekcyja nie dostarczyła dowodu, jakoby A. B. w ogóle umarł śmiercią gwałtowną, wywołaną przez osobę drugą. Rowek znaleziony na szyi nie wchodzi wcale w rachubę, a obducenci trafnie wykazali, że tenże powstał po śmierci A. B. skutkiem ucisku wywartego przez obszewkę koszuli zapiętéj. Objaw taki jest bardzo częsty a nie staje się on powodem mylnego przypuszczenia, jeżeli się tylko uwzględni stan odzieży, a względnie koszuli, w któréj zmarłego znaleziono. Ale pp. obducenci znalazłszy sińce w „dolnéj części szyi“ przypuścili, że A. B. był dławiony, zanim dostał się do wody, i że wtedy wzywał pomocy, a następnie straciwszy przytomność skutkiem dławienia wtrącony został do wody żyjący jeszcze ale bezprzytomny, czego dowodzić ma brak płynu w żołądku, z braku zaś pomarszczenia skóry i sierotek wnoszą o krótkiém pozostawaniu we wodzie, co ich utwierdza w mniemaniu, że A. B. „charczący“ czyli konający już dostał się do wody, w któréj ostatecznie umarł. Wnioski te, brzemienne w następstwa dla obwinionego, dosyć loicznie wysnute zostały z premisy, która atoli nie była należycie uzasadnioną. Owe sińce bowiem „w dolnéj części szyi“ znalezione na palec szerokości od stawów mostko-obojczykowych już co do niezwykłego ułożenia swego, a bardziéj jeszcze pod względem postaci (sińce **podłużne** 3cm. długie a 2cm. szerokie) żadną miarą nie odpowiadają odciskom palców, a więc nie stanowią dowodu dławienia, a w braku tego dowodu wszelkie dalsze wnioski tracą swoją podstawę. Bezwzględnie mylnym następnie jest wniosek, jakoby A. B. dostał się bezprzytomnym do wody, ponieważ w żołądku nie znaleziono wody. Naprzód trudno wykluczyć stanowczo, że śród owych 300 gramów płynu, znalezionego w żołądku, nie było wcale wody, a powtóre, choćby rzeczywiście żadnego płynu w żołądku nie było, to okoliczność ta niczego jeszcze dowodzi. Zbyt teoretycznie pp. obducenci wyobrażają sobie śmierć z utonięcia; praktyka inaczéj poucza, bo nierównie częstszemi są przypadki, w których u ludzi utonionych (np. śród kąpania się) wcale płynu nie znachodzimy ani w drogach pokarmowych, ani w oddechowych, ani wreszcie w jamach bębenkowych. Słusznie wprawdzie pp. obducenci wnoszą z braku

wymoczenia skóry u rąk i nóg o krótkiém pozostawaniu we wodzie utonionego, ale brak tego objawu dowodzi tylko, że denat w ogóle nie długo leżał w wodzie po utonięciu, nie dozwala zaś żadnego wniosku o rodzaju jego śmierci. Brak sierotek na zwłokach człowieka utonionego w wodzie zimnéj jest wprawdzie uderzającym; ale pominąwszy, że sierotki niczego nie dowodzą prócz zadziałania zimna na ciało krótko przed śmiercią lub p o ś m i e r c i, to brak ich wytłumaczyć się daje w ten sposób, że gęsia skórka częstokroć nie jest widoczną pomimo działania zimna u ludzi z warstw niższych, którzy zazwyczaj powłoki zewnętrznéj swéj nie pielęgnują. Jeżeli więc przypuszczenie dławienia odpada, jako nie stwierdzone, wtedy nic nie stoi na przeszkodzie wręcz przeciwnemu tłumaczeniu przypadku, a mianowicie, że A. B., pomimo że znał miejscowość, mógł nadedniem, gdy jeszcze było ciemno, przypadkiem wpaść do przerębli, że wpadłszy wołał o pomoc, a nie otrzymawszy jéj usiłował ratować się, przyczém mógł uderzyć się właśnie o bryły lodu, a siniec i otarcie przyskórka w zgięciu kolana lewego, które już wcale z napaści cudzéj nie powstały, przemawiają raczéj za podobném usiłowaniem, przyczém kapelusz mógł mu spaść z głowy, a gdy usiłowania były płonnemi, stracił życie przez utonięcie. Jak dalece nie poradnym staje się człowiek, który nagle wpada do wody, o tém świadczą przypadki, czasem bardzo ciekawe acz smutne, w których trudno pojąć, dlaczego człowiek dorosły pomimo wpadnięcia do wody nie ocalał; tak znamy przypadek, w którym posługaczka szpitalna, celem zasunięcia klapy od pieca, wstąpiła na kocioł, napełniony wodą zimną a przykryty wiekiem; gdy atoli wieko się przeważyło, dziewczyna wpadła do kotła, a pomimo, że woda zimna sięgała jéj po pas zaledwie, tak niezgrabnie usiłowała wydostać się z kotła, że wpadła do pobliskiego kotła, napełnionego wodą gorącą, a wydostawszy się z niego umarła z oparzenia. Przypadki takie uwzględniając wypada nam tém bardziéj trzymać się zasady: *in dubiis mitius!*"

IV. Badania doświadczalne nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim.

Wykonał Dr. Walery Jaworski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 44).

12) Doświadczenie *l*. ($MgSO_4$ w rozczynie obojętnym; dysocyjacyja soli w żołądku).

Znaczna różnica w ubytku kw. siarkowego względem magnezyi w cieczy żołądkowéj z ostatniego doświadczenia nasunęła myśl przekonania się, czy też kwas i zasada jednéj i téj saméj soli zostają w stosunku swych ciężarów drobinowych w żołądku wessane. W celu wyśledzenia tego stosunku wybrano do doświadczenia obojętny rozczyn siarkanu magnowego.

A) Podano do wypicia o 7 g. 54 m. rano naczczo 500 kcm. rozczynu przy ciepłocie 18°C. następującego składu odsetkowego:

$SO_3 = 0{\cdot}9135\,\%$

$MgO = 0{\cdot}4145$ „

W celu utworzenia zadanego rozczynu rozpuszczono chem. czysty tlenek magnowy w chem. czystym kw. siarkowym. Rozczyn odparowano w naczyniu platynowym do suchości a następnie ogrzano pozostałość do czerwoności. Otrzymany siarkan magnowy rozpuszczono we wodzie i przesączono; przesącz ten oddziaływał obojętnie na papierki lakmusowe.

a) Dla oznaczenia SO_3 w powyższym przesączu strącono kw. siarkowy w dwóch próbach po 20 kcm. chlorkiem barowym i otrzymano 0·5334 i 0·5329 przeciętnie 0·5328 $BaSO_4$ odpowiadającego 0·1827 SO_3.

b) Dwa oznaczenia po 20 kcm. rozczynu zadanego, fosforanem sodowym strąconych, wydały 0·2559 i 0·2595 przeciętnie 0·2579 $Mg_2P_2O_7$ odpowiadającego 0·0829 MgO.

B) Badany siedział spokojnie po wypiciu rozczynu do 8 g. 37 m., kiedy zdołano wyciągnąć 165 kcm. cieczy mętnawo-śluzowéj barwy żółtawéj oddziaływania kwaśnego. Na na 100 kcm. téj cieczy znaleziono:

$SO_4 = 0{\cdot}7455$ gr.

$MgO = 0{\cdot}3885$ „

Kwasoty: { 1 kcm. dziesiętnonormalnego ługu sodowego czyli 0·0036 gr. HCl.

Chloru: { 28 kcm. dziesiętnonorm. $AgNO_3$ czyli 0.099 gr. Cl.

a) Dwa oznaczenia po 20 kcm. przesączu cieczy żołądkowéj wydały 0·4368 i 0·4323 przeciętnie 0·4345 $BaSO_4$ odpowiednio 0·1491 SO_3.

b) Dwa rozbiory po 20 kcm. przesączonéj cieczy żołądkowéj fosforanem sodowym strącone wydały: 0·2164 i 0·2140 przeciętnie 0·2156 $Mg_2P_2O_7$ odpowiednio 0·0777 MgO.

c) 10 kcm. tego samego przesączu potrzebowały 0·1 kcm. dziesiętnonormalnego ługu sodowego.

d) 10 kcm. również tego przesączu zużyły 2·8 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu $AgNO_3$.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Zmianę w stosunku zawartości odsetkowéj SO_3 względem MgO w cieczach *A* i *B* wykazują następujące zestawienia:

	SO_3	: MgO	
W cieczy zadanéj	0·9135	: 0·4175	= 2·204
„ „ żołądkowéj	0·7455	: 0·3885	= 1·919

co znaczy że ilość odsetkowa kw. siarkowego, względem magnezyi w cieczy żołądkowéj się zmniejszyła

$$\alpha = \frac{2{\cdot}204}{1{\cdot}919} = 1{\cdot}149 \text{ razy}$$

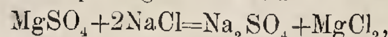
Stosunek zawartości odsetkowéj kwasu i zasady w porównaniu do cieczy zadanéj przedstawia się dla cieczy żołądkowéj:

$$SO_3 \underset{1.149}{<} : MgO$$

a ztąd wnosząc o wielkości ubytku (wessania) SO_3 względem MgO po upływie 43 minut przedstawi się:

$$SO_3 \underset{1.149}{<} MgO$$

Okazuje się z tego doświadczenia, że w żołądku po wprowadzeniu siarkanu magnowego kw. siarkowy we większéj stosunkowo ilości bywa wessany niż magnezyja, co albo przypisać należy swoistemu działaniu naczyń chłonniczych, na co jednak nie ma żadnych danych, albo raczéj działaniu chlorków podług zrównania chemicznego:



$$MgSO_4 + 2NaCl = Na_2SO_4 + MgCl_2,$$

przez co część siarkanu magnowego przechodzi na łatwiéj wessalny Na_2SO_4 a z nim i większa ilość SO_3 ze żołądka ubywa. (Dysocyjacyja żołądkowa soli).

Aby się przekonać o wpływie chlorków na różnicę we wessaniu SO_3 a MgO w siarkanie magnowym, utworzono w następném doświadczeniu rozczyn $MgSO_4$, w którym zamieniona część téj soli przez dodanie NaCl na Na_2SO_4 i $MgCl_2$.

13) Doświadczenie *m*. (Rozczyn Na_2SO_4 + $MgSO_4$ + NaCl).

A) Utworzono 500 kcm. rozczynu rozpuszczając z chemicznie czystych składników otrzymane, potém wyżarzone i odważone ilości następujących soli:

5·29 Na_2SO_4, 13·259 $MgSO_4$ i 4·906 NaCl. Tak otrzymany rozczyn oddziaływania obojętnego podano o 7 g. 28 m. rano naczczo przy ciepłocie 18°C. do wypicia. Z odważonych ilości soli oblicza się zawartość odsetkowa zadanego rozczynu dla następujących składników:

SO_3 = 2·345 gr.
MgO = 0·884 „
Cl = 0·612 „

B) Po wypiciu siedział badany spokojnie do 7 g. m. 58, kiedy zdołano wyciągnąć jeszcze 308 kcm. płynu śluzowo- mętnawego barwy blado-zielonkowato-żółtéj oddziaływania obojętnego. W przesączonéj cieczy otrzymano na 100 kcm. płynu:

SO_3 = 1·835 gr.
MgO = 0.721 „
Chloru: { 168 kcm. dziesiętnonorm. $AgNO_3$, czyli 0·5945 gr. Cl.

W 10 kcm. przesączonéj cieczy żołądkowéj strąconych chlorkiem barowym otrzymano 0·535 $BaSO_4$;
inne 10 kcm. przesączu zużyły 25·2 kcm. rozczynu dziesiętnonormalnego $AgNO_3$.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Porównywając stosunek zawartości odsetkowéj SO_3 względem MgO w cieczach *A* i *B* mamy:

	SO_3 : MgO
W cieczy zadanéj	2·345 : 0·884 = 2·652
„ „ żołądkowéj	1·835 : 0.721 = 2·517

Zawartość odsetkowa SO_3 względem MgO w cieczy żołądkowéj zmniejszyła się

$$\alpha = \frac{2·652}{2·517} = 1·053 \text{ razy}$$

Ztąd stosunek zawartości odsetkowéj tych ciał w cieczy żołądkowéj porównany z cieczą zadaną przedstawi się:

$$SO_3 \underset{1.053}{>} MgO$$

a ztąd wielkość ubytku (wessania) SO_3 względem MgO wyraża się:

$$SO_3 \underset{1.053}{>} MgO$$

Wynik ten okazuje większe wessanie dla SO_3, niż dla MgO, lecz różnica nie jest znaczna. Nie uważam jednak wyniku tego za zupełnie dokładny, gdyż raz zaniedbano dla wyrównania błędu rozbiorowego osobnym rozbiorem oznaczyć MgO jakotéż SO_3 w cieczy *A*, a powtóre rozczyn w obecnym przez krótszy czas trwającém doświadczeniu był obojętny, podczas gdy w doświadczeniu poprzedzającém ciecz żołądkowa była kwaśną, a według dośw. 11 różnica we wessaniu między Na_2SO_4 a $MgSO_4$ w rozczynie kwaśnym jest większą, niż w obojętnym.

14) Doświadczenie *n*. (Rozczyn HNa_2PO_4+Na_2SO_4).

A) O 7 g. 46½ m. rano naczczo podano do wypicia 500 kcm. rozczynu ogrzanego do 40°C. następującego składu odsetkowego:

Fosforanu sodowego : 1·084 gr.
Siarkanu sodowego : 1·055 „

Rozbiór chemiczny wykazał w dwóch próbach po 20 kcm. zadanéj cieczy 0·3459 i 0·3479 czyli przeciętnie 0·3469 $BaSO_4$.

Drugie dwie próby również po 20 kcm. wydały przez strącenie za pomocą siarkanu magnowego 0·1694 i 0·1699 $Mg_2P_2O_7$ (średnia 0·1697).

Rozczyn zadany oddziaływał mocno alkalicznie na papierki lakmusowe, a po zakwaszeniu kw. azotowym z azotanem srebrowym wcale zmącenia nie dawał.

B) Po wypiciu zachował się badany spokojnie siedząc do 8 g. 33 m., kiedy zdołano wyciągnąć ze żołądka 100 kcm. płynu mętnawego białawego prawie zupełnie obojętnego. Rozczyn ten na połowę wodą przekroploną rozcieńczony, wykłucony i przesączony wykazał następującą zawartość odsetkową:

HNa_2PO_4 = 0·598 gr.
Na_2SO_4 = 0·445 „
Chloru: { 28 kcm. dziesiętnonorm. rozczynu $AgNO_3$, czyli 0·1557 gr. Cl.

Te obliczenia wynikają z następujących oznaczeń:

Dwa rozbiory 40 i 20 kcm. powyższego przesączu wydały 0·0924 i 0·0470 $Mg_2P_2O_7$.

Inne dwa rozbiory 40 i 20 kcm. tego samego przesączu wydały 0·1659 i 0·0863 $BaSO_4$;
zaś 10 kcm. przesączu miareczkowane dopóty dziesiętnonormalnym rozczynem azotanu srebrowego, aż okazało się żółtawe zabarwienie od fosforanu srebrowego, zużyły 2·2 kcm. rozczynu srebrowego.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Zmiana w stosunku zawartości odsetkowéj w cieczy *A* i *B* przedstawia się:

	Na_2HPO_4 : Na_2SO_4
W cieczy zadanéj	1·084 : 1·055 = 1·028
„ „ żołądkowéj	0·598 : 0·445 = 1·344

z czego się okazuje, że ilość odsetkowa siarkanu sodowego względem fosforanu sodowego zmniejszyła się:

$$\alpha = \frac{1·344}{1·028} = 1·310 \text{ razy}$$

Zmiana w stosunku zawartości odsetkowéj obydwu soli w cieczy żołądkowéj da się przedstawić:

$$Na_2SO_4 \underset{1.310}{<} : HNa_2PO_4$$

a ubytek odsetkowy (względnie wessanie) tych soli względem siebie w żołądku po upływie 46½ minut wyraża się:

$$Na_2SO_4 \underset{1.310}{>} Na_2PO_4$$

Doświadczenie to wykazuje, że fosforan sodowy doznaje w żołądku mniejszego wessania, niż siarkan sodowy, jednak pobudził błonę śluzową do wydzielania kwasu solnego, gdyż podczas gdy pierwotny rozczyn działał mocno alkalicznie, rozczyn żołądkowy okazał się obojętny. (C. d. n.)

V. Oceny i sprawozdania.

Birch-Hirschfeld: **Bakteryje w nowotworach kiłowych.**

Jak wiadomo kilka już lat temu opisał Klebs w pierwotnych naciekach kiłowych świeżo wyciętych obecność bakteryj. Nadano im nawet nazwę, jeżeli dobrze pamiętamy, „*Helicomonas syphiliticum,*“ dla szczególniejszego krętego kształtu.

W utkaniu kilaka nie udało się autorowi wykryć tych grzybków. Również i Aufrecht znalazł w kłykcinach bak-

teryje. W najnowszych czasach doniósł Birch Hirschfeld *(Centralblatt für med. Wiss.* Nr. 33, 1882, *W. med. Bl.* Nr. 36 rb.), że w guzach kilakowych stale znajdował bakteryje.

W miejscu, gdzie utkanie komórkowe kilaka przechodzi w części ziarnisto-rozpadłe, znachodziły się bakteryje najliczniéj, i w ogóle tam, gdzie naciek komórkowy był mniéj gęstym. W częściach zbitszych, więcéj włóknistych, nie było widać gromadek pasorzytów, w bliznach, w ogniskach kilakowych całkiem zabliźnionych stanowczo nie było bakteryj.

Badane ogniska kilakowe były w przeważnéj części świeżego pochodzenia.

Bakteryje wspomniane zazwyczaj leżą w grupach złożonych z pręcików drobnych, grubych, zaokrąglonych na końcach.—Długość ich czasem dochodzi do 35 milim., przyczém bywają lekko wygięte. Tu i owdzie mógł B. stwierdzić i zgrubienie guzkowe końców. W jednym przypadku spostrzegł autor bakteryje i wśród komórek w skład utkania kilaka wchodzących.

(Żałować tylko wypada, że wszystkie badania tyczą się preparatów spirytusowych! Jakkolwiek autor stwierdził obecność bakteryj i na skrawkach wziętych za życia chorych *(Ulcus indur.*, *Condyl. lata*, guzek ze *Syphilis papulosa*, kilaka, *Gumma s. Syphiloma)*, jednakże za życia nie zbadał żadnego chorego. Ani obecność bakteryj w głębi kilaka, ani wśród komórki, co zdaniem autora stwierdza swoistość tych tworów, nie może usunąć naszych wątpliwości. Nauczyło nas doświadczenie, właśnie w patologii kiły, z jaką ostrożnością należy postępować chcąc uznać coś za morfotycznie „swoiste.“ *Przyp. Sprawozd.)* *Dr. Pisek.*

König: Wycięcie mostka z powodu nowotworu. Wyleczenie.

Kobieta 36-letnia przybyła do kliniki K. z obrzękiem na przedniéj ścianie klatki piersiowéj, który, według podania choréj, miał trwać półtrzecia roku.

Obrzęk rozciągał się na cały trzon mostka, sięgając ku górze nieco ponad przyczepienie się 2go żebra, po bokach przekraczał granice kości tylko nieznacznie; obrzęk ten półokrągły był zupełnie nieruchomy, twardy, skóra nad nim nieco cieńsza, lecz zresztą zupełnie prawidłowa. Badanie płuc i serca nie wykazało żadnych zmian, któreby kazały wnosić o istnieniu większego guza w śródpiersiu.

Jedynym środkiem leczniczym była w tym przypadku oczywiście tylko operacyja, na którą téż chora zgodziła się, mimo przedstawienia jéj niebezpieczeństwa zabiegu operacyjnego. Poprzednie doświadczenia na zwłokach i zwierzętach przekonały K., że oddalenie mostka niemożebne jest bez otwarcia przynajmniéj jednego worka opłucnowego; te same jednak doświadczenia dowiodły, że zwierzęta znoszą dobrze, nawet obustronną, odmę urazową, byle tylko otwór w opłucny natychmiast został zamknięty. Opierając się na tych doświadczeniach przystąpił K. u wymienionéj choréj do operacyi w dniu 17 lipca rb. Po uśpieniu choréj chloroformem zrobiono cięcie krzyżowe i oddzielono skórę aż do granic obrzęku. Następnie przecięto żebra górne w odległości 3 cm. od mostka podsuwając pod nie ostrożnie elewatoryjum, dolne zaś przecięto z wolnéj ręki. W podobny sposób przecięto piłką mostek tuż pod przyczepieniem się 1go żebra. Teraz nastąpiła najważniejsza część operacyi, tj. wyłuszczenie mostka wraz z obrzękiem. Przecięte żebra podniesiono ostremi hakami i ręką oddzielano ostrożnie obrzęk od ścian śródpiersia, wreszcie dostano się do samego mostka, lecz w téj chwili przerwała się opłucna po stronie prawéj w wysokości 4go żebra, a znany syczący szmer ostrzegł o tém operującego. Natychmiast zatkano powstały otwór zwitkiem gazy. Podczas oddzielania nowotworu od zrośniętego z nim worka osierdziowego przecięto ściany tegoż, a prawa komórka serca pokazała się w ranie. Przy dalszém oddzielaniu obrzęku usłyszano jeszcze raz syczący szmer po stronie lewéj. W celu zapobiegnięcia niebezpieczeństwom wynikającym z otwarcia jam piersiowych wkladano tuż za wyłuszczonym nowotworem zwitki gazy uciskając niemi miernie ściany śródpiersia.

Po oddaleniu obrzęku przystąpiono do zamknięcia rany w ten sposób, że po zespojeniu części skóry leżącéj nad jednym ze zwitków gazy znajdujących się w śródpiersiu, zwitek ten oddalano i natychmiast kładziono go na skórę tak że ucisk w śródpiersiu nie ustał ani na chwilę aż do zupełnego zamknięcia rany. Dwa jodoformem posypane sączki włożono w brzegi rany, poczém założono opatrunek przeciwgniluy, obejmujący całą pierś i część brzucha.

Chora, która podczas dwugodzinnéj przeszło operacyi dość dużo krwi utraciła, przyszła do siebie. Groźnych objawów płucnych nie było całkiem, tylko tętno od 4go dnia było mocno przyspieszone, jednak i ten niepokojący objaw ustąpił po kilku dawkach naparstnicy.—Dalszy przebieg był zupełnie pomyślny. Operowana jest w stanie odbywać kilkomilowe podróże bez żadnego zmęczenia.

Przypadek ten, jak dotąd jedyny w literaturze, jest dowodem, że wobec nowoczesnych sposobów operowania i leczenia można nawet odważyć się na otwarcie wszystkich trzech jam piersiowych. *(Centralbl. f. Chir.* Nr. 42). *Dr. Schramm.*

Prof. M. Leidesdorf: O wpływie czynników etyjologicznych na postać i przebieg zboczeń umysłowych.

Sam Griesinger przyznał w roku 1869, że jego podział chorób umysłowych na stany przygnębienia, podniecenia i nieudolności umysłu, nie da się w nauce utrzymać. Pomijając zboczenia umysłowe, powstałe na tle nerwic lub otruć, miały postacie kliniczne Griesingera występować po sobie kolejno tak, że chory pierwotnie zadumczywy stawał się szalonym a ostatecznie niedołężniał na umyśle. Przebieg ten jest rzeczywiście najczęstszym, jednak nie zawsze, jak pierwszy Snell w roku 1865 dowiódł na przypadkach dokładnie obserwowanych, co zresztą badania wielu psychijatrów stanowczo stwierdziły. Wyjątek stanowią przypadki t. z. „pomięszania pierwotnego“ jednak i w tych nie powstaje zdaniem autora choroba umysłowa nagle a dokładniejsze poznanie okoliczności sprzyjających jéj rozwojowi jest rzeczą ważną.

Sander *(Archiv für Psychiatrie, Bd. I)* wykazał, że „pomięszaniu pierwotnemu“ ulegają ludzie usposobieni od urodzenia i to najczęściéj dziedzicznie obciążeni. Drugim czynnikiem bywają choroby nerwowe lub mózgu przebyte w wieku dziecięcym, nadto są jeszcze inne przyczyny i warunki, wśród których rozwija się to pomięszanie pierwotne i pozornie bezpośrednie, a temi są: 1) wpływy dziedziczne, 2) schorzenia mózgu w dziecięctwie, 3) wstrząśnienia mózgu urazowe lub psychiczne. Na teraz zastanawia się L. nad przyczynami wymienionemi, chociaż i zanik starczy mózgu, zatrucie wyskokowe i nerwice usposabiają szczególnie do rozwoju psychoz z przebiegiem właściwym. Wymienione przyczyny, różniące się wielce między sobą, mają tę wspólną cechę, że pod ich wpływem zamienia się prawidłowa czynność mózgowia nader łatwo w nieprawidłową, objawiającą się co ważniejsza w wieku chłopięcym, bo w 6, 7 lub 8 roku życia, w których zbo-

czenia umysłu należą do rzadkości; co więcéj: zboczenia powstałe pod ich wpływem bywają peryjodycznemi, urojenia bywają ściśle odgraniczone.

Wpływy dziedziczne rozciągają się także na tych przodków, którzy podlegali opilstwu nałogowemu lub płodzili potomstwo w stanie nietrzeźwym. Dzieci ich objawiają tę samą skłonność do chorób umysłowych co dziedzicznie obciążone. Niemniéj doniosłym bywa wpływ ołowicy przewłocznéj rodziców na stan umysłowy potomstwa. Dzieci rodziców cierpiących na to zatrucie podlegają nietylko znaczniejszéj śmiertelności, lecz cierpią drgawki, zboczenia umysłowe lub są niedołęgami umysłowemi; spłodzone w czasie, gdy rodzice przestali już okazywać objawy ołowicy, nie są już dziedzicznie obciążone. Niejednokrotnie przechodzą zboczenia umysłowe na potomków w postaci niezmienionéj; dotyczy to szczególnie popędu do samobójstwa. Gall opowiada o człowieku, który pozostawił siedmiu synom majątek dwumilijonowy. Żaden z braci nie doznał większego nieszczęścia, niektórzy powiększyli nawet fortunę, cieszyli się znakomitém zdrowiem a mimo to zabił się każdy w przeciągu lat 30. Częściéj atoli bywa zboczenie umysłowe potomków innego rodzaju, innéj postaci niż u przodków; jest nawet prawidłem, że zboczenia umysłowe potomków doznają przemiany. Dziedzicznie obciążeni są chorymi, u których najtrudniéj często odróżnić zboczenie od prawidłowości w objawach życia duchowego, u nich pojawiają się zboczenia od niewinnego dziwactwa do tępoty i to już w dziecięctwie. O wiele częściéj jednak powstają zboczenia umysłowe osób dziedzicznie obciążonych w wieku późniejszym: i tutaj nie rozwija się choroba umysłowa właściwa, spostrzedz można jedynie poszczególne jéj objawy. Ztąd to pochodzi, że wielu obciążonych dziedzicznie zachowuje się odmiennie w sprawach życia codziennego, uderza w ich zachowaniu pewna chwiejność zdradzająca stan chorobliwy, ci właśnie zdrowi dotąd na umyśle stają się skutkiem urazu w głowę lub nagłego przestrachu kapryśnymi, złośliwymi, słowem zmienia się ich usposobienia, tak że są nieznośnymi dla otoczenia, wśród utrzymanéj inteligencyi tracą siłę woli lub podlegają stopniowo nałogom bez nadziei przyjścia do siebie. Stany te, mogące zresztą być nabytemi, nazywają rozmaicie: *folie lucide, manie instinctive, moral insanity.* Pojawiają się u tych chorych, przelotnie urojenia zmysłowe, wzrokowe lub słuchowe, a przedewszystkiém urojenia czucia ogólnego, które ostatecznie opanowują zupełnie chorych, świadomych, że stan ich jest nieprawidłowym, trwają przez pewien czas, aby ustąpiwszy powrócić po pewnym czasie swobody lub trwale upośledzić umysł. Typowym w tym względzie jest przypadek opisany przez autora, w którym chłopiec 13-letni przebywszy w dziecięctwie zapalenie opon mózgowych, doznawał od tego czasu nudności, bólu i zawrotu głowy. Uczęszczając do gimnazyjum był jednym z najlepszych uczniów w swojéj klasie, gdy raz uroił sobie nagle, że nauczyciele są z niego niezadowoleni, koledzy go wyśmiewają, bezsenny i trwożliwy czytał na każdym świstku papieru, w domu i na ulicy, obelgi przeciw sobie skierowane, będące również treścią licznych karteczek, które mu powstawały z każdego włosa. Ten stan trwał 3 miesiące, poczém chory oprzytomniał zupełnie, zaczął znowu uczęszczać do szkoły, przeszkodziło mu jednak powtórnie takież samo zaburzenie umysłu, aby minąć po kilku miesiącach i dotąd t. j. po trzech łatach nie powrócić. Że powstawanie nagłe urojeń zdarza się u obciążonych dziedzicznie świadczy przypadek następujący: F. N. 29-letni parobek dostał się w dniu 4 kwietnia do kliniki psychijatrycznéj, gdzie zmarła jego matka chora na umyśle przed kilkunastu laty. Wchodził do domu zajęty właśnie myślami o swojém przyszłém małżeństwie, gdy sąsiad głośno krzyknął przez okno coś do niego. Nie zrozumiawszy słów sąsiada wprowadził je w związek z przyszłym swym stanem małżeńskim. Od téj chwili czuje palenie w członkach, czuje, że złote niteczki krążą w jego krwi: „sąsiad zelektryzował go widocznie, istnieją bowiem bateryje działające na odległość a każdy w pobliżu musi przecież czuć, że on jest elektryzowanym“. Przed niepoczciwym sąsiadem szuka opieki u władzy, która odsyła go do zakładu dla obłąkanych.

Niemniéj zajmującemi są zmiany występujące po wstrząśnieniu mózgu. Pomijając obrażenia połączone ze zmianami anatomicznemi następowemi w istocie mózgowéj, zwraca L. uwagę, że zapatrywanie, jakoby każde wstrząśnienie mózgu miało wywoływać zmiany, może drobne i łatwo dające się przeoczyć, jest mylném, twierdzi to na podstawie starannych poszukiwań przy sekcyjach i na podstawie własnych doświadczeń na zwierzętach. Wstrząśnienia mózgu jeżeli nie są tak gwałtownemi, jak w doświadczeniach Dureta, sprawiają śmierć zwierząt skutkiem następującego wiądu lub epilepsyi, lecz nie przedstawiają nawet najmniejszych śladów wybroczyn. Napady epileptyczne i zmniejszona odporność na działanie napojów wyskokowych dozwalają wnosić, że tu rozchodzi się przedewszystkiém o zboczenia w zakresie nerwów naczynioruchowych; zboczenia umysłowe bywają w tych przypadkach podobne do zboczeń u osób dziedzicznie obciążonych lub schorzałych w dziecięctwie. I tutaj pojawiają się: 1) w wieku młodocianym, 2) występują peryjodycznie; 3) nagle, jako opętanie myślami. Niniejsze twierdzenia udowadniają dostatecznie liczne przypadki obserwowane dokładnie, z których oto wybitniejszy: S. G. 19-letni robotnik spadł w roku 1879 na głowę z miernéj wysokości, nie stracił przytomności, był tylko odurzony a w kilka dni dopiero doznał znacznych wzmagających się bólów głowy. We dwa miesiące po tym smutnym przypadku dostał się do kliniki psychijatrycznéj: trwożliwy obawiał się ciągle otrucia, niespokojny, cierpiał bezsenność i nie był zdolnym do żadnego zajęcia. W miesiąc po przyjęciu pojawiły się kurcze po raz pierwszy, po napadzie utrzymywał, że mu przestrzelono oko; twarz silnie zaczerwieniona, odnogi chłodne i sine. Wśród dni następnych siedzi osłupiały w łóżku, zanieczyszcza się i popada czasem w stan kataleptyczny wśród tego umiera we 2 tygodnie po pierwszym napadzie kurczów. Sekcyja wykonana starannie nie wykazała prócz przekrwienia żadnych zmian w mózgu, był to prawdopodobnie przypadek ucisku na mózg zrządzonego przez porażenie ścian naczyniowych, który ostatecznie śmierć sprowadził.

Wstrząśnienia umysłu psychiczne, jakie np. przestrach sprawić może, przebiegają zupełnie podobnie jak powstałe na tle urazu.

Nie ulega zatém wątpliwości, że dokładna znajomość wpływu wymienionych czynników ma niepoślednie znaczenie w rokowaniu i leczeniu niektórych chorób umysłowych. (*Wiener med. Wochenschrift* Nr. 24 i 25 1882). *Ig. Schaitter.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Kwas karbolowy w durze**. Ramonet ogłosił niedawno wyniki, które otrzymał w Algierze, lecząc dur kwasem karbolowym, oraz podał sposób użycia. Leczył on 41 przypadków tym

środkiem a 17 z nich było ciężkich, dwa zakończyły się śmiercią, co odpowiada śmiertelności 5 ze 100, którą wypada w tamtejszych stosunkach uważać za bardzo nizką. Leczenie polegało na stósowaniu lawatyw z 1 grama krystalicznego kwasu karbolowego, rozpuszczonego w ciepłocie pokojowéj w 150 grm. wody. W łagodnie przebiegających przypadkach stósowano lawatywy raz na dzień, w cięższych przypadkach dwa razy a w ciężkich trzy razy dziennie. Czasem dodawano parę kropel laudanum, aby ułatwić zatrzymanie lawatyw. Stósowano je zwykle o godzinie 11, 4 i 9. Po tych lawatywach nastawało obniżenie się ciepłoty, przypadów mózgowych, zmniejszenie bólu głowy, szumu w uszach i osłupienia, które to zmniejszenie objawów trwało parę godzin. Nasuwa się myśl, że pomyślny wynik zawdzięczać wypada po części antyzymotycznemu działaniu kwasu karbolowego. Dawka nie powinna przekraczać 4 gramów dziennie. Większe dawki podawane przez Desplatsa, (12 do 14 gramów), szkodzą pośrednio. Leczenie wzmacniające i ściągające należy zawsze połączyć z leczeniem za pomocą kwasu karbolowego. (*The Lancet* 1881, II. Nr. 13).

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich

Sprawozdanie z Walnego zebrania członków Wydziału lekarskiego Tow. Przyj. Nauk w Poznaniu d. 24 czerwca 1882.

Zwykłym porządkiem dziennym zapowiedziane zwiedzenie przed południem Zakładu Sióstr Miłosierdzia i Szpitala dziecięcego św. Józefa dla braku gości, a względnie z powodu miejscowych przeszkód, nie przyszło do skutku. W południe kilku miejscowych kolegów zwiedziło klinikę oczną Dra Wicherkiewicza.

Tenze wykonał kilka operacyj, a mianowicie: operacyję zaćmy miękkiéj w jedném, a twardéj w drugiém oku u téj saméj osoby; daléj utworzył szparę tęczówkową u chłopca dotkniętego po obydwóch stronach zwichnięciem soczewki i mimośrodkową źrenicą. Na lewém oku u tegoż chłopca kilka tygodni przedtém dokonał był wyjęcia soczewki zwichniętéj i to bez irydektomii; ponieważ jednak wzrok oka tego przy mimośrodkowéj bardzo obwodowéj źrenicy nie wiele co poprawił się, zwłaszcza w skutek tego, że powieka nieco zwieszająca się źrenicę zakrywała, przeto powiększenie źrenicy ku dołowi było wskazaném. Następnie wyskrobał operujący ostrą łyżką i to sposobem przez siebie wprowadzonym, zwyrodniałą część twardówki oka dotkniętego nadto pryszczykowém zapaleniem rogówki i zapaleniem tęczówki. Po tych rękoczynach przedstawił Dr. W. kobietę przed niedawnym czasem operowaną dla przewlekłéj jaskry. Poddała się ona późno operacyi, bo po zupełnéj utracie wzroku na lewém oku, a bardzo znacznéj na prawém oku. Przez wycięcie tęczówki prawego oka obniżono zupełnie nieprawidłowe napięcie i w części przywrócono choréj wzrok utracony. Przecięcie twardówki, czyli t. zw. sklerotomija, w lewém oku sprawiło tylko obniżenie napięcia lubo nie do tego stopnia co w prawém oku. Opierając się na tym przypadku, a pozostając pod wpływem przykrego wrażenia, jakie zaniedbane przypadki jaskry sprawiają, wspomniał Dr. W. o głównych znamionach jaskry, o rodzajach téjże i przytoczył prace Adolfa Webera i Priestleya Smitha z Birminghamu, prace rzucające światło na etyjologiję jaskry.

Na popołudniowém posiedzeniu był obecnym z zamiejscowych: Dr. Niklewski z Jarocina, z miejscowych koledzy Drowie: Kaczorowski, Grodzki, Jarnatowski, Koszutski, Zielewicz, Kapuściński, Stan, Święcicki, Jerzykowski, Batkowski i sekretarz a jako gość Dr. Czesznak ze Lwowa. Na przewodniczącego powołano przez aklamacyję i to wyjątkowo chcąc uczcić gościa, kolegę Czesznaka ze Lwowa.

Nastąpiło odczytanie sprawozdania z ostatniego Walnego zebrania a po przyjęciu i podpisaniu tegoż wszczęła się dyskusyja nad panującemi nagminnie chorobami, przyczém Dr. Koszutski wspomina o groźnych formach szkarlatyny z błonicą w 24 godzinach nieraz śmiertelnie się kończących. Równocześnie zdarzają mu się inne przypadki z lekkim przebiegiem. Podobnie przedstawiają się przypadki żarnic. Dr. Kaczorowski wspomina o durze osutkowym i powrotnym, a Dr. Kapuściński, podzielając spostrzeżenia kol. Koszutskiego, wspomina o nadzwyczaj prędkim śmiertelnym przebiegu szkarlatyny. Dr. Czesznak nadmienia, iż spotykał się w ostatnich czasach we Lwowie z dość częstemi przypadkami szkarlatyny z błonicą powikłanéj, a które w krótkim czasie, bo w 36 godzinach (raz nawet w 18 godzinach), śmiertelnie się kończyły. Widział on także w tym samym czasie liczne przypadki duru brzusznego i osutkowego, lecz w lekkich tylko postaciach, a nadto 15—16 przypadków nader groźnéj ospy, która od 5ciu lat trzymała się zdala od Lwowa. Zwraca przytém uwagę na to, iż wiele przypadków uchodzących za błonicę wcale nią nie jest, ale raczéj innném cierpieniem gardła.

Następnie przedstawił Sekretarz chorego, u którego świeżo dermoplastykę czyli przesadzenie skóry wykonał. Poprzedził zaś przedstawienie to następującemi uwagami: W roku 1869 Reverdin w szpitalu Neckera w Paryżu powziął szczęśliwą myśl gojenia uporczywych wrzodów goleniowych w ten sposób, że pokrywał w części powierzchnię wrzodów takich maleńkiemi kawałkami wierzchnich warstw skóry. Myśl ta okazała się nader praktyczną i wkrótce znalazła dość wielu naśladowców i po za granicami Francyi, a mianowicie w Anglii i Niemczech. Płatki skóry przesadzone według przepisu Réverdina, a zazwyczaj brzytwą z przedramienia wzięte, są zaledwie 4mm. kw. wielkie, a są tak dalece tylko powierzchowne, że co najwięcéj przechodzą przez brodawki skóry. Płatek taki, przyłożony na ziarninę owrzodzeń, przyrasta po 24 godzinach, naskórek strąca się najdaléj 3go dnia, a naokoło przesadzonego kawałka tworzy się bliznowaty brzeg rozszerzający się coraz więcéj. Obszar w ten sposób powstałego zabliźnienia niezależnym jest wcale od wielkości przemieszczonego kawałka skóry. Przyrośnięcie zaś płatka przychodzi w ten sposób do skutku, że najprzód płyn przesączający ziarninę wrzodu płatek odżywia. Trzeciego dnia widać już w płatku komórki wędrujące. Ziarnina zapuszcza do płatka wyrostki komórkowe, naczynia płatka zamykają się a naczynia ziarniny wysyłają odnogi, czém spojenie płatka z swą podstawą jest już ustalone. Teraz powstają przez rozplemienienie się komórek naskórnych pokładu ziarninowego przemieszczonego kawałka owe bliznowate pokrycia, o których wyżéj była mowa. Rozszerzając się coraz więcéj dochodzą one do podobnych bliznowatych odnóg innych kawałków przesadzonéj skóry albo do brzegów wrzodu, i otóż cel osiągnięty. Sposób pokrywania wrzodu przez przemieszczenie rozpowszechnił się bardzo i przyznać trzeba, ma swoje uprawnienie głównie tam, gdzie o to chodzi, ażeby jakimbądź kosztem wrzód niechcący się pokryć blizną do tego doprowadzić. Że przytém przeważną rolę odgrywa naskórek, przekonywamy się ztąd, że nawet zeskrobany naskórek i treść pęcherzy wezykatoryj do tego samego doprowadzić mogą wyniku. Dodajmy nadto, że i kawałki skóry zwierzęcéj i trupiéj, płatki ściany kaszaków i torbieli skórnych również okazują się przydatnemi do przemieszczenia. Jak z jednéj strony korzyści przez to postępowanie osiągane są wielkie w obec dawniejszych sposobów leczenia wrzodów goleniowych, tak z drugiéj strony przyznać trzeba, że w ten sposób zagojone wrzody i owrzodzenia łatwo ulegają urazowi i nowym zranieniom. Wprost zaś bezsilném okazuje się ścisłe postępowanie Réverdina, gdy się je stósuje tam, gdzie w obec mocnych owrzodzeń powiek chodzi koniecznie o uniknienie wywrócenia powiek, które w skutek znacznego skurczenia bliznowatego łatwo się wytwarza, a jeszcze mniéj przydać się może postępowanie Réverdina do wykonania tak zwanéj blefaroplastyki czyli wytworzenia powieki tam, gdzie już owo wywrócenie jest czynem dokonanym. Tu sztuka lekarska dziś już na dalsze weszła tory, dzięki pomysłowi Wolffa i Wardswortha; pierwszy zwrócił wprzód uwagę na możebność użycia do wytworzenia powieki znaczniejszych kawałków całéj skóry, zupełnie odczepionych od podstawy. Kawałki te można brać z téj saméj osoby z odległych od pola operacyjnego części ciała albo téż z innych osób. Skutków operacyi téj doświadczał prócz pierwszych dwóch jéj tworców prof. Zehender, następnie prelegent, a późniéj jeszcze kilku innych operatorów. Nie jest ona bez wartości, a w każdym razie prawie wszystkie doświadczenia wykazały, że płat taki przyrosnąć może; ale ani sposób operacyi, ani ostateczny wynik nie zawsze zadowala choćby częściowo, przynajmniéj żaden z późniejszych operatorów nie miał

powodu do entuzyjazmu, jakiemu się pierwsi dwaj oddali. To téż prelegent już dawniéj oglądał się za czémś, coby w skutkach i zastosowaniu przewyższyło operacyję Réverdina. A jeszcze przed poznaniem metody Wolffa zamierzył przekonać się, czy pod korzystnemi warunkami nie da się osiągnąć przyrośnięcia dużego kawałka skóry do dobréj ziarniny. Sposobność do tego niebawem nastręczyła się. Otóż w przypadku bardzo rozgałęzionéj rozstrzeni naczyń górnéj powieki i po nad nią przyżegał żegadłem Paquelina, poczém powstała bardzo znaczna płaszczyzna ziarninowa, a prelegent obawiając się wytworzenia się w skutek tego znacznego odwinięcia powieki, przeszczepił dość spory kawałek skóry, bo około 26mm. szeroki a 16—18mm. wysoki. Kawałek ten odcięto innemu choremu, który dla podwinięcia górnéj powieki był równocześnie sposobem Snellena operowany. Po ujęciu odpowiedniego kawałka skóry szczypczykami, które prelegent pokazuje i odcięciu go za pomocą nożyczek Coopera, natychmiast przyłożono go na ziarninę i przymocowano kładąc nań płatek płócienny przesiąkły maścią karbolową, na to papier gumowy, watę, a to wszystko opasując dobrze gazą. Po czterech dniach opaskę zdjęto i przekonano się, że zupełne nastąpiło zrośnięcie płatka z podstawą ziarninową, przyczém płatek ani pod względem wielkości ani wejrzenia wcale się nie zmienił. Zagojenie dalsze nastąpiło w ten sposób, że pozostała płaszczyzna ziarninowa pokryła się od brzegów otaczających ją, jako téż od wysepki skóry cienką blizną. Ów kawałek skóry zaś pozostał i nadal niezmieniony. Przypadek ten zachęcił prelegenta do dalszéj próby, która nadarzyła się w przypadku Zgromadzeniu przedstawionym. O nim zaś, o ile konieczna, wspomina prelegent co następuje: Robotnik T. z Obornik, liczący około 30 lat, spostrzegł w roku 1873 na samym środku czoła po prawéj stronie krostkę wielkości łebka od szpilki. Dopiero po 2 latach w skutek podobno uderzenia w to samo miejsce i krwotoków z niego powstałych zaczęła się owa krostka powiększać, a w dwa lata urosła do wielkości orzecha włoskiego. Po rozmaitych przypadach i zdarzeniach i wśród licznych objawów chorobowych doszła narośl do wielkości dużego jaja gęsiego. Przedoperacyjne szczegóły przypadku tego jako nienależące do rzeczy wykładający zresztą pomija i pokrótce tylko nadmienia, że narośl tę Dr. Pauly z Poznania przy pomocy kilku lekarzy usunął. Wśród operacyi pokazało się, że narośl doprowadziła do zaniku znaczną część kości czoła i dotarła nawet aż do twardéj opony mózgowéj. Po usunięciu więc nowotworu i wydłutowaniu kości wejrzenia podejrzanego, powstał w czole otwór o średnicy 5—6 cm. Pod ścisłym opatrunkiem Listerowskim po 6 tygodniach tak opona mózgowa jakotéż cała rana pokryła się wybujałą gąbczastą ziarniną. Dr. Pauly polecił następnie chorego wykładającemu, celem wykonania dermoplastyki. Po pierwszém zdjęciu opatrunku w Zakładzie okulistycznym prelegenta, przy zewnętrzno dolnym brzegu rany przekonać się było można o odtwarzaniu się lub téż o pozostałościach nowotworu. Widoczne tu były twarde zgrubiałości zachodzące nawet, o ile czuć było można, w głąb oczodołu. Ztąd téż pierwszém było zadaniem usunąć jeszcze to, co pozostało z narośli, która według badania prof. Ponficka z Wrocławia była mięsakiem włóknistym. Po odpowiedniém cięciu wśród znieczulenia chloroformem wyjęto znaczny jeszcze kawałek z miękkich tkanek pokrywających czoło, następnie wydobyto narośl zachodzącą głęboko w oczodół, wycięto gruczoł łzowy i część mięśnia unoszącego powiekę, wydłutowano zewnętrzną część górnego brzegu oczodołu i wyrostek jarzmowy z czoła i w części nawet wyrostek nosowy tak, że jamę czołową otworzono. Po zatamowaniu dość silnego krwotoku założono opaskę Listerowską; przedtém jednak zeskrobano jeszcze gębczastą ziarninę i posypano całą płaszczyznę lekko sproszkowanym jodoformem. Przebieg zupełnie był bezgorączkowy, a po pięciu dniach, gdy opaskę pierwszy raz zdjęto, prawie nie było wydzieliny, opona zaś mózgowa, w któréj najwyraźniéj widzieć było można tętno mózgowe, pokryła się znowu świeżą, zdrową ziarniną. Ponieważ ta ziarnina niezbyt jeszcze była silną, przeto założono ponownie opaskę i to z maścią kwasu borowego (7,5%). Pod tą maścią wybujała zdrowa ziarnina tak, że po kilkunastu dniach przystąpić było można do pokrycia jéj w sposób zamierzony. Gdy zaś płaszczyzna ziarninowa zbyt była wielką, aby ją na jedném posiedzeniu całą pokryć było można, przeto częściowo tylko w kilku posiedzeniach uskutecznić to postanowiono. Po wyczyszczeniu ziarniny najprzód 2% roztworem kwasu karbolowego, a następnie czystą wodą, przeniesiono na płaszczyznę ziarninową bez zwłoki trzy kawałki skóry wycięte z obu górnych powiek i jednéj dolnéj, kobiecie operowanéj równocześnie z powodu podwinięcia powiek; na płatki te położono szmatkę płócienną z maścią borową, którą wraz z otoczeniem posypano dobrze sproszkowanym jodoformem, a pokrywszy nadto cienkim gumowym papierem i watą cały opatrunek licznemi zwojami gazowemi przymocowano. Chory pozostawał przez dni następne w łóżku. Piątego dnia, zdjąwszy ostrożnie opaskę, przekonano się, że płatek płócienny przylegający bezpośrednio do pola operacyjnego bardzo nieznacznym pokryty był śluzem, kawałki zaś skóry przemieszczone bardzo dobrze wyglądały i szczelnie przylegały. Badanie szpilką przekonało nas, że i uczucie ciśnienia już się w nich wytworzyło. Opaskę założono ponownie w ten sam sposób, a płatki te skóry również dobrze wyglądały i w dni następne. Dziesięć dni po pierwszéj dermoplastyce przystąpiono do drugiéj, a tym razem nie mając do dyspozycyi żadnéj skóry z powiek, odcięto w opisany powyżéj sposób trzy płaty skóry z przedramienia samego pacyjenta. Pierwszy z tych płatów pozostawił w miejscu brak owalny 4cm. długi a 2,5cm. szeroki, sam zaś skurczył się tak dalece, że długość jego wynosiła tylko około 25mm, szerokość zaś 12—14mm. Nieco mniejsze i w równych warunkach wycięte były dwa dalsze płaty. Przed przyłożeniem tych kawałków skóry na płaszczyznę ziarniny poobcinano nożyczkami bardzo starannie wszelkie odrobiny tkanki tłuszczowéj; a przyłożone w ten sam sposób co poprzednie opatrzono i przymocowano. Po zdjęciu opaski czwartego dnia okazały się płatki zdrowemi i przyrosłemi, podczas gdy naskórek jednego z pierwszych po brzegach zaczął nieco się podnosić. Dla pokrycia pozostałéj części płaszczyzny ziarninowéj przystąpiono w sześć dni po drugiéj operacyi do powtórzenia téjże, a użyto tym razem znowu po jednym kawałku z górnych powiek dwóch innych chorych, a dwóch kawałków z przedramienia naszego chorego. Kawałki te nie różniły się co do wielkości. Szerokość ich wynosiła 1,5cm., wysokość 1cm. Sposobu dalszego opatrywania jako nieróżniącego się w niczém od poprzednich prelegent nie opisuje, nadmienia tylko, że wszystkie dziewięć kawałków zachowały dobre wejrzenie i takowego po kilku tygodniach nie zmieniły, o czém się naocznie koledzy u przedstawionego chorego przekonać mogli. Prawie całe wielkie pole ziarninowe pokrywają płaty przemieszczone, a nieznaczne miejsca pomiędzy niemi zaczynają także pokrywać się od brzegów naskórkiem. Przemieszczone kawałki przypominają mozaikę. We wszystkich płatkach można czucie stanowczo wykazać. (C. d. n.)

VII. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 22—28 października umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 20,5 (29,0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 1 przypadku duru osutkowego i 7 odry. W tygodniu od 15—21 października leczyło się na ospę w Londynie w szpitalach 86, świeżo zapadło 8, umarło 3, w Rotterdamie umarło 5, w Paryżu 8, w Granadzie 12, w w Petersburgu 13, Warszawie 12, w Madrycie 19. W Paryżu umarło z duru brzusznego 244, leczyło się w szpitalach 2157. Dur osutkowy pojawił się sporadycznie. Czerwonka w Malmoe zaostrzyła się z końcem września. Również i w Idstat rozszerzyła się czerwonka od 1—45 września, umarło 81, z ospy w Rio de Janeiro a 1 z febry żółtéj.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 15—21 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 29,0; we Lwowie 43,7; w Poznaniu 29,8; w Wiedniu 22,9; w Budapeszcie 23,8; w Pradze 28,9; w Tryjeście 22,7; w Berlinie 23,4; w Wrocławiu 25,7; w Gdańsku 20,9; w Mnichowie 26,2; w Dreźnie 22,2; w Lipsku 19,3; w Bazylei 15,5; w Brukseli 15,7; w Amsterdamie 21,8; w Hadze 24,0; w Paryżu 25,8; w Londynie 19,4; w Kopenhadze 20,6; w Stokholmie 19,0; w Chrystyjanii 14,5; w Petersburgu 28,1; w Odesie 36,9; w Wenecyi 20,7; w Bukareszcie 27,2; w Madrycie 35,7; w Lizbonie 23,9; w Aleksandryi 45,1; w Nowym Yorku 22,9; w Filadelfii 20,1; w Bombayu 27,8; w Madrasie 40,4.

J. B.

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 listopada. Na replikę naszą w sprawie niepoprawności języka *Gazeta Lekarska* odpowiedziała artykułem obszernym, w którym uznała za stosowne odezwać się do całego grona redakcyjnego, jak to wnosić ztąd wypada, że kilkakrotnie wyraża się w liczbie mnogiéj: „Panowie, Wasze żądanie itd.“ Winniśmy więc przedewszystkiém szan. koleżankę wywieść z błędu: wiadomości bieżące zestawia sam redaktor i chętnie przyjmuje sam odpowiedzialność za wszystko, co w rubryce téj się mieści. Tak też i tym razem rzecz się miała; i tym razem redaktor mógłby z łatwością odeprzeć zarzuty, czynione przez Redakcyję *Gaz. Lek.*, i wytknąć w własnéj jéj odpowiedzi liczne rażące błędy językowe, ponieważ jednak nie może poświęcać tyle miejsca sporom filologicznym, przedłożył sprawę Komisyi Redakcyjnéj na posiedzeniu miesięczném, wczoraj odbytém. Komisyja Redakcyjna przykro dotknięta nieuzasadnionym zarzutem, lekkomyślności i chęci szykanowania, uczynionym redaktorowi przez Redakcyję *Gaz. Lek.*, a zgadzając się w zasadzie z redaktorem, że kwestyja językowa w naszych stosunkach jest zanadto ważną, abyśmy ją mogli lekceważyć, że czuwanie nad czystością języka a prosty spór filologiczny są pojęciami całkiem odmiennemi, pragnąc zresztą zakończyć spór niemiły, uchwaliła poruczyć rzecz znanéj na polu lingwistyczném powadze a do kół lekarskich nienależącéj, która rozpatrzywszy się w zarzutach wzajemnych ogłosi w swoim czasie orzeczenie swoje bezstronne w osobnym dodatku.

Zarzuty, których Redakcyja *Gaz. Lek.* za kropkami dopiero domyślać się każe, pomijamy milczeniem; odpowiedzieć na nie byłoby uchybieniem samym sobie.

* Na czele Numeru dzisiejszego zamieszczamy wiadomość o świetném odkryciu, uczynioném przez rodaka naszego w pracowni prof. Ludwiga w Wiedniu. Napawa nas dumą prawdziwą, że nauka zawdzięcza to odkrycie rodakowi naszemu i że Przegląd Lek. jest pierwszém pismem, które wiadomość o niém zamieszcza i które autor zaszczycił pierwszém swém doniesieniem. Ustnie prof. Ludwig doniósł d. 3 bm. Towarzystwu lek. (a następnie Akademii Umiejętności w Wiedniu), o świeżém odkryciu, a wśród oklasków ogólnych odkrycie to nazwał pamiętném i posuwającém naprzód naukę; o rozwiązanie tego zagadnienia silili się napróżno pierwszorzędni chemicy, jak Liebig, Strecker, Bayer, Kolbe, a przedewszystkiém Wöhler, któremu w r. 1828 udała się synteza mocznika. Kol. Horbaczewskiemu, którego nazwisko w téj chwili obiega świat cały, powodzenia tego serdecznie winszujemy.

* Na wczorajszém posiedzeniu swojém Towarzystwo Lekarskie krakowskie na wniosek proff. Blumenstoka i Mikulicza uchwaliło przez aklamacyję przesłać kol. Horbaczewskiemu dyplom na Członka koresp. a równocześnie wyrazić mu serdeczne życzenie z powodu świetnego jego odkrycia.

* **Berlin.** Prof. Virchow ciężko zapadł na zdrowiu.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga czeska.** Docent prywatny w Wydziale lek. Dr. Petrina otrzymał tytuł profesora nadzwyczajnego. — **Berlin.** D. 1 bm. prof. Bergmann zagaił wykłady swoje mową o grupowaniu chorób przyrannych. — **Bern.** Pensyjonowany prof. fizyjologii Valentin d. 10 października obchodził 50-letni jubileusz doktorski.

* **Wiadomości osobowe.** Lekarz sztabowy Dr. Roman Szeliga w Serajewie i lekarz pułkowy Dr. Wojciech Tylka otrzymali uznanie cesarskie z powodu znakomitych zasług położonych w obszarze okupacyjnym; mianowani zostali Dr. Włodzimierz Antoniewicz lekarzem pułkowym 2giéj kl. a Dr. Zdzisław Juchnowicz Hordyński starszym lekarzem w armii czynnéj; przeniesieni lekarz sztabowy Dr. Adolf Ressig z Zadaru do Gracu a starszy lekarz Dr. Jan Pawlików ze Lwowa do 15go pułku piechoty.

* **Nekrologija.** D. 27 października umarł w Wiedniu Dr. Ryszard Stradiot, dyrektor szpitala powiatowego w Sechshaus pod Wiedniem, licząc lat 50. Nieboszczyk był wychowańcem chirurgicznym u prof. Schuha, kształcił się następnie za granicą w Berlinie i Paryżu, w r. 1878 został prymaryjuszem oddziału chirurg. a w r. 1880 dyrektorem szpitala w Sechshaus. — W Hietzingu pod Wiedniem umarł Dr. Fryderyk Boschan, licząc lat 65, przez szereg lat znany jako lekarz zdrojowy w Francensbadzie.—W Londynie umarł znakomity okulista prof. Critchett.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 44: Pawińskiego: Przyczynek do nauki o powstawaniu zmęczenia i wyczerpania mięśni serca przy wadach zastawek serca (c. d); Niedźwieckiego: Wyrośle brodawkowate mnogie błony śluzowéj warg, jamy ustnéj, języka itd.: Rothego: Otrucie wyskokowe (dok.) — W *Medycynie* Nr. 44: Obalińskiego: Zdanie sprawy z ruchu chorych i chorób w klinice chirurgicznéj Uniw. Jagiell. za r. 1881/2.

Redakcyja otrzymała:

Odo BUJWID: Chemija śliny ludzkiéj. (Odbitka z „Rocznika zbiorowego“ za r. 1881). Warszawa 1882, in 8vo str. 20.

Dr. JAWORSKI: Czynniki lecznicze i wskazania dla stacyi klimatycznéj Davos. (Osobne odbicie z *Gaz. Lek.* 1882) in 8vo str. 5.

Towarzystwo lek. krak. odbędzie we Środę d. 15 b. m. w Sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém nastąpi przedstawienie dwóch przypadków z kliniki prof. Rosnera (*Xerodermia et Rhinoscleroma*), poczém Komitet przedstawi wnioski zmierzające do reorganizacyi Towarzystwa.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 18 listopada 1882. **№ 46.** Rok XXI.

I. Nowy sposób wypiłowania kości śródstopia celem wyleczenia stopy szpotawéj zastarzałéj.

Podał Dr. Rydygier.

Wypiłowanie kości śródstopia w zastarzałych przypadkach stopy szpotawéj uzyskało obywatelstwo w chirurgii, dzięki przeciwgnilnemu opatrywaniu ran. Nie zgodzono się atoli dotychczas co do sposobu najodpowiedniejszego. Według zestawienia Rupprechta (*Zur Tarsotomie veralteter Klumpfüsse. Centr. f. Chir.* Nr. 31, 1882) znane są dotąd następujące sposoby:

1) Klinowate wycięcie z grzbietu stopy. (O. Weber, 1866. Davis Colley, 1877).

2) Wyłuszczenie kości sześciennéj. (Litte, 1854. Jolly 1857).

3) Wyłuszczenie kości skokowéj. (Lund, 1872).

4) Wyłuszczenie kości skokowéj razem z kością sześcienną i czółenkowatą. (West, 1878).

5) Klinowate wypiłowanie z szyjki kości skokowéj. (Hueter, 1877). W ostatnim czasie Hueter zmienił swój sposób o tyle, że w *Grundriss für Chirurgie* str. 1113 zaleca skośne wycięcie całéj szyjki kości skokowéj, połączone w razie potrzeby z wyłuszczeniem kości czółenkowatéj, a w najgorszych przypadkach nawet i kości sześciennéj.

6) Przepiłowanie kreskowate (*Osteotomia linearis*) kości czółenkowatéj od podeszwy. (E. Hahn, 1881).

7) Przepiłowanie kreskowate kości podudzia tuż nad stawem skokowym. (E. Hahn, 1881).

Bez wątpienia, najwięcéj się zaleca ten sposób, który dając najlepszy wynik co do ustawienia prawidłowego stopy po operacyi najmniéj jest obrażającym i w którym najmniéj kości wycinamy. Słusznie bowiem mówi Hueter (l. c.), że ostatecznie w każdym przypadku i każdym sposobem naprawimy ustawienie szpotawe stopy, jeżeli znaczną część kości śródstopia wyłuszczymy, ale przy racyjonalnym sposobie operowania chodzi przecież o to, żeby usunąć nieprawidłowe ustawienie za pomocą o ile można najmniejszego obrażenia. Warunek ten najlepiéj i najłatwiéj wypełnimy, wycinając tylko te nieprawidłowo wybujałe części kości, które wywołują ustawienie szpotawe, a więc sposobem uwzględniającym przyczyny powstania stopy szpotawéj.

Nie zamyślam na tém tu miejscu zapuszczać się w kwestyję sporną co do przyczyn powstania stopy szpotawéj, którą z takim sprytem i tak głęboką nauką starali się rozwiązać nieodżałowany mój nauczyciel Hueter oraz Henke; wystarczy, jeżeli uwzględnimy tylko to, co nie ulega żadnéj wątpliwości, a mianowicie:

1) że zewnętrzna strona szyjki kości skokowéj jest w stopie szpotawéj dłuższą, niż w zdrowéj. (Czy w skutek przesunięcia jąder kostnych i przyspieszonego rozrostu, jak przypuszcza Hueter, lub w skutek przemiejscowienia powierzchni stawowych, jak Henke twierdzi, w to nie wchodzę);

2) że przedni wyrostek kości piętowéj jest wyższym, niż w stanie prawidłowym; co za wcześnie wstrzymuje zwracanie stopy;

3) że również niektóre inne kości śródstopia są mniéj lub więcéj zmienione co do swéj postaci. Z pomiędzy tych zmian najwięcéj zajmuje nas zmiana kształtu kości skokowéj, na którą niedawno temu zwrócił uwagę Rupprecht (l.c.); wywołuje ona bowiem odwrócenie pięty saméj: kość skokowa przedstawia w stopie szpotawéj trapezoid w kierunku płaszczyzny czołowéj, a w najgorszych przypadkach nawet trójkąt, a nie czworobok, jak u zdrowych. Zmiana ta tłumaczy nam niemiły fakt, że po wycięciu klinowatém przedniém pozostaje skłonność do recydywy: operacyja nie wywiera bowiem żadnego wpływu na nieprawidłowe ustawienie saméj pięty pozostawiając ją odwróconą.

Gdy mi się nie dawno temu przedstawił chory z zastarzałą stopą szpotawą wymyśliłem sobie nowy sposób operowania, który usuwając tylko powyżéj wymienione przy-

czyny cierpienia w mowie będącego obok nieznacznego obrażenia jak najlepszy dał wynik co do postawy operowanéj stopy. Sposób ten ośmielam się więc niniejszém zalecić podając jego opis:

Cięcie skórne rozpoczynam 2cm. przed kostką zewnętrzną, żeby nie otworzyć stawu skokowego, prowadzę je daléj cokolwiek łukowato (z wygięciem ku dołowi) na zewnętrznéj stronie grzbietu stopy aż do środka kości sześciennéj. Cięcie to zupełnie wystarcza do dogodnego wykonania następnego wycięcia klinów kostnych, do czego najlepiéj można użyć dłutka. Pierwszy klin wycina się ze stawu Choparta: najprzód przecinamy szyjkę kości skokowéj skośnie od zewnątrz na wewnątrz, a następnie w tym samym kierunku daléj ku dołowi przedni wyrostek kości piętowéj, podstawa pierwszego klina jest więc skierowana na zewnątrz i ku górze prostopadle, a koniec ostry na wewnątrz. Wypiłowanie tego klina usuwa przywodzenie, a w części i odwracanie przedniéj części stopy. Wypiłowanie drugiego klina winno osiągnąć cel podwójny: raz usunąć tę część kości z nieprawidłowo wysokiego wyrostka przedniego kości piętowéj, która tamuje zbyt prędkie zwracanie stopy; a powtóre ma naprawić odwracanie pięty saméj wywołane przez nieprawidłową postać kości sześciennéj. Klin ten drugi poziomo ułożony wyciąłem z drugiéj płaszczyzny wyrostka przedniego kości piętowéj z podstawą na zewnątrz. Można go też wyciąć z dolnéj płaszczyzny kości skokowéj, lub też w połowie z jednéj i drugiéj kości. Oba więc wypiłowane kliny stykają się pod kątem prostym a podstawa ich zwrócona jest na zewnątrz. Jeżeli wielkość ich jest odpowiednią, natenczas z łatwością uda nam się stopę ustawić prawidłowo. Krótki sączek wprowadzamy w miejsce, gdzie się kliny stykają, resztę cięcia skórnego zeszywamy. Na to kładziemy opatrunek listerowski, a nareszcie ustalamy odnogę w opatrunku gipsowym lub też w odpowiedniéj szynie. W przypadkach, w których, jak w moim, zachodzi obok szpotawości pewien stopień kopytonoga, należy poprzednio przeciąć ścięgno Achilesowe, ażeby łatwiéj oznaczyć wielkość wyciąć się mających klinów.

Porównywając swój sposób z dotychczas używanemi nie potrzebuję długo nad nim się rozwodzić; główną zaletą mojego sposobu, jak zaraz na wstępie wymieniłem, jest: obok małego obrażenia dobry wynik co do postawy stopy.

Zaleta ta daje pierwszeństwo mojemu sposobowi przed sposobem wyłuszczenia kości skokowéj podanym przez Lunda, a w nowszym czasie tyle zalecanym przez Rieda młodszego (*Ueber die Behandlung hochgradiger Klumpfüsse durch Resection am Fussgerüste. Dt. Zeitschrift für Chir.* XIII tom., 1 i 2 zesz.) i przez Rupprechta (l. c.): Staw skokowy należy do większych stawów, a chociaż obecnie dzięki sposobowi przeciwgnilnemu nie uważamy za rzecz wielce niebezpieczną otwarcie stawu, choćby większego, mimo to każdy z nas z pewnością da pierwszeństwo sposobowi, za pomocą którego może ten sam cel osiągnąć bez otwarcia stawu. Daléj nie mogę tu pominąć milczeniem głównego zarzutu, jaki trzeba uczynić sposobowi wyłuszczenia kości skokowéj: skracamy tém odnośną odnogę dolną o 3—4cm., o wysokość kości sześciennéj. Jeżeli zważymy, że w obec stopy szpotawéj już i tak zwykle jest upośledzony rozrost odnogi wzdłuż o kilka cm. (w naszym przypadku wynosiło skrócenie u 11-letniego chłopczyka 6cm.), natenczas zrozumiemy, że dodając do tego skrócenia jeszcze kilka centymetrów przez operacyję łatwo możemy naruszyć czynność odnogi. Z tego wynika, że należy usilnie unikać wszelkiego dalszego skracania odnogi przez operacyję.

W porównaniu do sposobu Huetera, jakotéż i do sposobu wypiłowania przedniego klina z kości śródstopia, zaleca się mój sposób tém, że można go użyć i w najwyższym stopniu stopy szpotawéj, gdzie sposób Huetera nie wystarcza, a daléj, że usuwa odwracanie pięty, przez co zaraz po operacyi ułożenie stopy jest lepsze, a zarazem na późniéj zapobiega się recydywom.

Dziwném się wydaje i zapewne tylko na *lapsus calami* polega twierdzenie Rupprechta (l. c. str. 508), mające posłużyć jako stwierdzenie zalet sposobu Lunda, że kość skokowa wcale nie należy do sklepienia stopy; wiadomo bowiem, że kość skokowa jest właśnie częścią zamykającą sklepienie, a więc jest najważniejszą jego częścią.

Na zakończenie podaję w kilku słowach opis mojego przypadku:

Damrowski Oton, lat 11 liczący, nigdy dotychczas nie chorował. Ustawienie nieprawidłowe stopy prawéj spostrzegli dopiero rodzice, gdy dziecko zaczynało chodzić. Z reszty rodzeństwa nikt nie posiada wady jakiéjkolwiek wrodzonéj.

Badanie chłopca, na swój wiek dobrze rozwiniętego, wykazuje, że ma stopę prawą szpotawą i nieco w położeniu kopytonoga; mięśnie odnogi choréj zanikłe (obwód chorego podudzia w najgrubszém miejscu wynosi 16cm., zdrowego 25cm.), a całe podudzie chore jest o 6cm. krótsze od zdrowego; ścięgno Achilesowe naprężone; na podstawie piątéj kości śródstopia torebka maziowa, na niéj skóra zgrubiała, w skutek ucisku śród chodzenia; chory ma chód niepewny, następuje on na zewnętrzną stronę grzbietu; zresztą ustawienie stopy odpowiadające cierpieniu powyżéj wymienionemu; mięśnie podudzia oddziaływają na prąd stały i przerywany.

Celem wyleczenia chorego zaleciliśmy rodzicom operacyję, na którą chętnie się zgodzili.

Operacyję wykonaliśmy podług planu powyżéj opisanego. Użyliśmy opaski Esmarcha; założyliśmy opatrunek listerowski; ustaliliśmy stopę początkowo za pomocą szyny, późniéj w opatrunku gipsowym. Pod 3ma opatrunkami chory się wyleczył. W czwartym tygodniu po operacyi zaczął chodzić w opatrunku gipsowym.

II. Badania doświadczalne nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim.

Wykonał Dr. Walery Jaworski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

W celu zbadania, jak się zachowują rozpuszczalne węglany obojętne i kwaśne w żołądku, przedsięwzięto następujących 5 doświadczeń:

15) Doświadczenie *o*. (Roczyn $Na_2CO_3 + Na_2SO_4$).

A) O 7g 34 m. rano na czczo podano do wypicia 500 kcm. roczynu oddziaływania mocno alkalicznego przy 16°C. następującego składu odsetkowego:

Węglanu sodowego 1·100 gr.
siarkanu sodowego 1·028 „

Rozpuszczono bowiem 11·001 Na_2CO_3 utworzonego przez wyżarzenie chemicznie czystego węglanu sodowego kwaśnego jakotéż 10·289 gr. wyżarzonego Na_2SO_4 otrzymanego przez działanie chem. czystego kw. siarkowego na takiż wodnik so-

dowy. Rozczyn zakwaszony kw. azotowym z azotanem srebrowym osadu nie dawał.

B) O 8 g. 6 m., do którego to czasu badany spokojnie siedział, zdołano wyciągnąć 460 kcm. płynu śluzowego gęstawego barwy nieco żółtawo-zielonkowatéj, oddziaływania mocno alkalicznego, zawierającego na 100 kcm. płynu:

Na_2CO_3 = 0·678 gr.
Na_2SO_4 = 0·651 „
Chloru: { 50 kcm rozczynu dziesiętnonormalnego azotanu srebrowego, czyli 0·1769 gr. Cl.

Gdyż 10 kcm. przesączonéj cieczy żołądkowéj zużyły w dwóch oznaczeniach po 5 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu $AgNO_3$.

Dwa oznaczenia po 10 kcm. przesączu cieczy żołądkowéj zużyły po 1·28 kcm. kw. solnego normalnego; a 10 kcm. z tego samego przesączu strącone za pomocą $BaCl_2$ wydały 0·104 $BaSO_4$.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Zmiana w stosunku zawartości odsetkowéj soli cieczy *A* i *B* przedstawia się:

	Na_2CO_3 : Na_2SO_4
W cieczy zadanéj	1·100 : 1·028 = 1·071
„ „ żołądkowéj	0·678 : 0·641 = 1·041

z czego okazuje się, że zawartość odsetkowa węglanu sodowego względem siarkanu sodowego nieco zmniejszyła się i to

$$\alpha = \frac{1·071}{1·041} = 1·030 \text{ razy},$$

czyli zmieniony stosunek zgęszczenia obydwu soli w cieczy żołądkowéj przedstawia się po 32 minutach:

$$Na_2CO_3 \underset{1.030}{<} : Na_2SO_4$$

O ubytku a właściwie wessaniu tych dwóch soli w żołądku nie można ztąd ściśle wnosić, a to z powodu, że znikanie węglanu sodowego w żołądku ma nie tylko przyczynę w przechodzeniu jego przez odźwiernik i wessanie przez błonę śluzową, lecz także i w ciągiém zobojętnieniu przez wydzielający się sok żołądkowy, co się we wynikach uwidocznia przez to, że ilość odsetkowa otrzymanego chloru w cieczy żołądkowéj okazuje się znaczniejszą niż po zastósowaniu rozczynów obojętnych w poprzedzających doświadczeniach, co być może następstwem podniecenia błony śluzowéj do wydzielania HCl przez alkalia. Jednak mała tylko różnica w zmianie zgęszczenia soli w rozczynie żołądkowym w obec przejścia znaczniejszéj ilości Na_2CO_3 w NaCl każe wnosić, że wessanie węglanu sodowego obojętnego jest mniejsze, niż siarkanu sodowego zatém:

$$Na_2SO_4 > Na_2CO_3$$

16) Doświadczenie *p*. (Rozczyn $HNaCO_3+Na_2SO_4$).

A) Do rozczynu o téj saméj zawartości odsetkowéj co i w poprzedzającém doświadczeniu wprowadzano dopóty kw. węglowy (przepuszczony naprzód przez kw. siarkowy zgęszczony a potém kawałki marmuru), aż rozczyn przestał dawać ze siarkanem magnowym zmącenie, a papierków kurkomowych prawie nie zmieniał. 500 kcm. tego rozczynu podano do wypicia przy 17°C. o 7 g. 37 m. rano naczczo.

Zawartość odsetkowa rozczynu zadanego:
Węglanu sodowego 1·100 gr. (zadany jako kwaśny).
Siarkanu sodowego 1·028 „

B) Do 8 g. 7 m. badany spokojnie siedział, kiedy zdołano wyciągnąć 335 kcm. cieczy śluzowéj barwy zielonkowatéj oddziaływania alkalicznego a następującéj zawartości odsetkowéj:

Na_2CO_3 = 0·689 gr. (w cieczy po części jako kwaśny)
Na_2SO_4 = 0·645 „
Chloru: { 41·75 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego czyli: 0·1478 gr. Cl.

Rozbiór chemiczny cieczy żołądkowéj wykazał:

Dwie próby po 10 kcm. przesączu po zobojętnieniu kw. azotowym zużyły 4·15 i 4·20 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu $AgNO_3$.

Inne dwie próby po 10 kcm. zużyły po 1·3 kcm. kw. solnego normalnego, dając zabarwienie i po zagotowaniu nie znikające.

10 kcm. przesączu strącone za pomocą $BaCl_2$ wydały 0·106 $BaSO_4$.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Zmiana w stosunku zawartości odsetkowéj w cieczach *A* i *B* przedstawia się:

	Na_2CO_3 : Na_2SO_4
W cieczy zadanéj	1·100 : 1·028 = 1·071
„ „ żołądkowéj	0·689 : 0·645 = 1·066

z czego się okazuje nieznaczna zmiana w zgęszczeniu węglanu sodowego kwaśnego względem siarkanu sodowego:

$$\alpha = \frac{1·071}{1·066} = 1·005$$

czyli stosunek zgęszczenia w cieczy żołądkowéj w porównaniu z cieczą zadaną można napisać:

$$Na_2CO_3 \underset{1.005}{<} Na_2SO_4,$$

Nie można jednak ztąd wnosić o ubytku lub wessaniu węglanu sodowego kwaśnego względem siarkanu sodowego z téj saméj przyczyny, jaką przy końcu poprzedzającego doświadczenia podano. Z porównania jednak ilości chloru (0·1478%) w tém doświadczeniu z ilością chloru (0·1769%) poprzedzającego doświadczenia okazuje się, że wydzielanie tegoż przez działanie węglanu obojętnego jest większe, niż węglanu kwaśnego, czyli że węglan sodowy kwaśny błonę śluzową żołądka do wydzielania mniéj zadrażnia niż obojętny.

17) Doświadczenie *r*. (Rozczyn $Na_2CO_3+Na_2SO_4+$ NaCl).

W celu sprawdzenia zachowania się węglanu sodowego w żołądku powtórzono doświadczenie 15, z tą modyfikacyją, że do rozczynu dodano soli kuchennéj, aby się przekonać, czy też ona wpływa na skład treści żołądkowéj.

A) O 8 g. 37 m. rano naczczo podano do wypicia przy ciepłocie 17°C. 500 kcm. rozczynu tych samych soli i tego samego zgęszczenia, co i w doświadczeniu poprzedzającém, dodając nadto na 1 litr rozczynu 9·511 gr. chemicznie czystéj soli kuchennéj. Rozczyn więc miał następujący skład odsetkowy:

węglanu sodowego 1·100 gr.
siarkanu sodowego 1·028 gr.
chlorku sodowego 0·951 gr.

B) O 8 g. 7 m., do którego to czasu badany spokojnie siedział, zdołano wydobyć jeszcze 490 kcm. płynu zielonkowato-żółtego; w przesączu oznaczono pojedyncze składniki, które obliczono na 100 kcm. wynoszą:

Na_2CO_3 = 0·763 gr.
Na_2SO_4 = 0·704 „
NaCl = 0·808 „

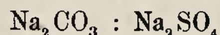
Chloru: { 138·5 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego czyli 0·490 grm. chloru.

W dwóch próbach po 10 kcm. przesączu użyto po 14·4 kcm. dziesiętnonormalnego ługu sodowego: a 5 kcm. kw. azotowym zobojętnionego przesączu spotrzebowały po 6·95, 6·90 kcm. dziesiętnonormalnego azotanu srebrowego.

20 kcm. przesączu strącone za pomocą $BaCl_2$ wydały 0·2315 $BaSO_4$.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Zmiana w stosunku zawartości odsetkowéj Na_2CO_3 i Na_2SO_4 przedstawia się:



$Na_2CO_3 : Na_2SO_4$

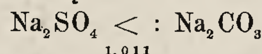
W cieczy zadanéj 1·100 : 1·028 = 1·071

" " żołądkowéj 0·763 : 0·704 = 1·083

z czego wynika, że ilość odsetkowa siarkanu sodowego względem węglanu sodowego zmniejszyła się

$$\alpha = \frac{1·083}{1·071} = 1·011 \text{ razy}$$

a ztąd stosunek zgęszczenia soli w cieczy żołądkowéj w porównaniu z cieczą zadaną:



$Na_2SO_4 \underset{1.011}{<} : Na_2CO_3$

Wnosząc ztąd o wessaniu należy nie tylko uznać uwagę przy końcu doświadczenia 15go przytoczoną za słuszną i napisać, że wessanie



$Na_2SO_4 > Na_2CO_3$

ale nadto przypuścić, że różnica wessania tych soli jest większą niż podaje współczynnik 1·011, gdyż pewna część węglanu sodowego znajduje się jeszcze w żołądku zamieniona na NaCl.

Wpływ zaś dodanéj soli kuchennéj należy z otrzymanych wyników w ten sposób ocenić, że ona nie przyczynia się ani do większego wydzielenia kwasu żołądkowego, ani do spieszniejszego wypróżnienia żołądka, gdyż przeciwnie w tém doświadczeniu mniejsza ilość odsetkowa węglanu sodowego została zobojętnioną, (gdzie pozostało 0·763% Na_2CO_3), niż w doświadczeniu 15, (gdzie pozostało 0·678% Na_2CO_3), zatém i mniéj kwasu się wydzieliło, a ilość wydobyta płynu ze żołądka jest nieco większa, niż w doświadczeniu 15 i 16, co wskazuje albo zwiększenie wydzielania płynu z błony śluzowéj albo zmniejszenie funkcyi mechanicznéj żołądka w obec soli kuchennéj, za którém to ostatniém przypuszczeniem ta okoliczność przemawia, że ilość płynu wydobytego ze żołądka tak w tém jak i w innych doświadczeniach, gdzie użyto płynów alkalicznych, okazała się większą, aniżeli w tych przypadkach, w których zadane płyny były obojętne lub kwaśne.

Różnica w zachowaniu się węglanu sodowego obojętnego a kwaśnego dała powód do czynienia doświadczeń z węglanem magnowym kwaśnym, które niżéj przytoczę.

(Ciąg dalszy nastąpi).

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Rossbach (Würzburg): **Spostrzeżenia nad działaniem różnych leków na błonę śluzową.**

Rossbach badał, w jaki sposób różne leki, czy to miejscowo zastósowane czy też wewnętrznie podane, działają na wydzielanie i zmiany na błonie śluzowéj. Badania te robił na zwierzętach, którym na całéj przestrzeni rozciął tchawicę. Badania te wykonywał w następnym porządku:

1) Badania nad wpływem alkalijów a w szczególności *Natrum carbonicum* i *Natrum chloratum* na wydzielanie błony śluzowéj. Po zastrzyknięciu tych środków (kotom), błona śluzowa zbielała, a wydzielanie znacznie się zmniejszyło. Na podstawie tego autor wnosi, że zwiększone oddziaływanie alkaliczne krwi sprawia zmniejszenie, a nawet zupełne ustanie wydzielania śluzu na błonie śluzowéj tchawicy. Z tego wynika daléj, że działanie lecznicze alkalijów wcale nie polega na roztwarzaniu i ułatwianiu wykrztuszania plwocin, lecz że zwiększenie alkalescencyi krwi usuwa przekrwienie błony śluzowéj, a tém samém wydzielanie śluzu zmniejsza się lub ustaje. Tym sposobem alkalija działają wprost leczniczo na błonę śluzową nieżytowo przekrwioną. Daléj badał Rossbach działanie miejscowe alkalijów na błonę śluzową tchawicy. W tym celu używał rozczynów 1—2% węglanu sodowego; nie widział jednak żadnych zmian skutkiem tego na błonie śluzowéj mimo całogodzinnych obserwacyj. Za to nadzwyczaj energicznie działało napędzlowanie błony śluzowéj choćby najsłabszym rozczynem *Kali caustici.* Błona śluzowa cała stawała się silnie nastrzykaną, naczynia najdrobniejsze stały się widocznemi, wydzielanie znacznie się wzmagało. Silniejsze rozczyny sprowadzały w końcu wypocinę krupową na powierzchnię błony śluzowéj.

2) Pędzlowanie rozczynem rozcieńczonym kwasu octowego (3%) i amonijaku. Błona śluzowa nieco zaczerwieniona wydziela więcéj śluzu. Po wewnętrznem zastósowaniu tych leków spostrzeżono, że śluz, przedtém łatwo płynny i wodojasny, stawał się jakby galaretowatym, mniéj przejrzystym, opalizującym.

3) Działanie leków ściągających, taninu, ałunu i azotanu srebrowego. Po zastósowaniu miejscowém obydwóch pierwszych leków błona stawała się bledszą, co po bliższém zbadaniu okazało się jako polegające na zmianie barwy powierzchni téj błony. Wydzielanie śluzu zdawało się być wstrzymaném, powierzchnia błony śluzowéj stawała się suchą, w sposób właściwy błyszczącą. Także po napędzlowaniu rozczynem azotanu srebrowego powierzchnia błony śluzowéj stawała się białawo zabarwioną, tak że nie można było dostrzedz naczyń. Wydzielanie śluzu ustawało zupełnie, błona stawała się zupełnie suchą. Pomimo, że badania powyższe wcale nie wyjaśniają działania azotanu srebrowego i ałunu, to przecież autor jest zdania, że są to środki najdzielniejsze przeciw ostremu zapaleniu błony śluzowéj nosa i tchawicy.

4) Działanie oleju terpentynowego badał autor w dwojaki sposób: Raz puszczał na błonę śluzową prąd powietrza, przeprowadzonego przez szklankę napełnioną olejkiem terpentynowym. W tym razie wydzielanie śluzu stawało się coraz mniejszém, aż w końcu zupełnie ustawało, a błona śluzowa stawała się zupełnie suchą. Skoro jednak działanie powietrza, wysyconego parą olejku terpentynowego ustało, wydzielanie śluzu na nowo się rozpoczynało. Drugim razem puszczał na błoną śluzową parę kropli 1—2% rozczynu wodnego olejku terpentynowego. W tym znów razie błona śluzowa stawała się coraz bledszą, ale zarazem i wydzielanie śluzu wzmagało się. Z tegoby wynikało, że olejek terpentynowy, w ten sposób stósowany, wywołuje przez podrażnienie nerwów naczynioruchowych skurcz naczyń, niedokrewność błony śluzowéj, a skutkiem zwiększonego ciśnienia w naczyniach zarazem sprowadza znaczniejsze wydzielanie śluzu. Olejek terpentynowy więc, wnosząc z tego, byłby doskonałym środkiem przeciw nieżytom chronicznym błony

śluzowéj, połączonym z obrzmieniem téj błony, daléj środkiem podniecającym wessanie chronicznych wypocin błony śluzowéj. Jako zaletę tego środka przytoczyć trzeba jeszcze działanie jego antyseptyczne na śluz, który dłużéj zatrzymany na błonie śluzowéj, ulegając rozkładowi, drażni błonę, jakoteż działanie jego do pewnego stopnia narkotyczne.

5) Działanie pilokarpinu, emetynu i apomorfinu zasadza się na nadzwyczaj silném pobudzeniu wydzielania śluzu. Autor nazywa te środki *„Prototype für Expectorantia.“* Działają one znakomicie w zapaleniach błony śluzowéj chronicznych, połączonych z nieprawidłową suchością tych błon, daléj w zapaleniach ostrych błony śluzowéj narządu oddechowego, połączonych z wydzielaniem śluzu nader lepkiego, ciągłego, trudnego do wykrztuszenia; również zaleca je bardzo Rossbach w dławcu.

6) Działanie atropinu polega na zupełném wstrzymaniu wydzielania śluzu. Błona śluzowa wilgotna, dobrze pokryta śluzem, stawała się śród działania atropinu suchą. Wydzielanie śluzu ustawało na ½ do 1 godziny i bardzo zwolna powracało. Według tego atropin byłby wskazanym w przypadkach ciągłego kaszlu, wywołanego przez nadmierne wydzielanie śluzu w tchawicy i oskrzelach.

7) Po zastrzyknięciu morfinu wrażliwość błony śluzowéj ustawała, a zarazem i wydzielanie śluzu znacznie się zmniejszało.—Skoro autor zastósował równocześnie morfin i apomorfin wewnętrznie, mógł się wybitnie przekonać, że morfin nie zmniejszał w niczém działania apomorfinu wzmagającego wydzielanie śluzu, apomorfin zaś w niczém nie zmniejszał własności morfinu, łagodzącéj drażliwość i pobudliwość błony śluzowéj. Na téj podstawie stósował autor z nader pomyślnym skutkiem morfin z apomorfinem w przypadkach duszności połączonéj z ciągłym kaszlem i wydzielaniem lepkiego śluzu, trudnego do wykrztuszenia. Morfin i atropin razem podane (atropin w bardzo małéj dawce) wywoływały działanie właściwe obu tym lekom razem. Kombinacyja ta okazała się najskuteczniejszą w przypadkach zadawnionych nieżytów dróg oddechowych, w dawnych rozedmach płuc, wreszcie w suchotach, połączonych ze znacznem wydzielaniem śluzu. W tym ostatnim razie atropin zmniejsza zarazem poty, wyniszczające siły chorego. Atropin sam podany często wywołuje nudności, z morfinem zaś nigdy tego nie sprawia.

8) W końcu czynił autor doświadczenia z działaniem prądów elektrycznych na sztucznie wywołane zapalenie i przekrwienie błony śluzowéj tchawicy (np. w skutek napędzlowania rozczynem amonijaku). Elektryzowanie wywołało widoczne zwężenie naczyń krwionośnych, które jednak nigdy nie dochodziło do tego stopnia, aby usuwało w zupełności nieprawidłowe przekrwienie. (*Berl. klin. Wochenschrift* Nr. 19 r. 1882). *Dr. Kopff.*

Dr. Zillner (w Wiedniu): **Przypadek otrucia chloranem potasowym.**

Wyrobnik włoski, lat 31 liczący, cierpiący na ból gardła, otrzymał od lekarza 20 gramów chloranu potasowego z poleceniem, aby płókał gardło rozczynem tego leku, biorąc proszku na koniec noża celem rozpuszczenia w szklance wody. Trzeciego dnia wystąpiły u chorego drgawki, które lekarze zawezwani do niego porównywali do napadu padaczkowego, a wśród tych drgawek nastąpiła śmierć. W pudełku znalezionym u zmarłego nie było więcéj niż 8·25 gram. soli przerzeczonéj, z czego wynika, że zmarły wyżył 11·75 gm.

Sekcyja uskuteczniona przez prof. Hofmanna wykazała na skórze bladéj rozległe plamy trupie barwy uderzającéj, bo szaréj z odcieniem zaledwie fijoletowéj, tak, że H. już po wejrzeniu trupa na pierwszy rzut oka i nie znając biegu rozpoznał otrucie chloranem potasowym jako prawdopodobne. Spojówki i dziąsła blado-szare, wargi, części płciowe szaro-fijoletowe, stężenie trupie w stawach szczękowych i skokowych; brak wszelkiego śladu obrażenia. Powłoki czaszkowe blade, z odcieniem szarym, z naczyń przeciętych wypływa krew płynna barwy soku tytuniowego, w zatokach żylnych i żyłach szyjnych krew płynna, barwy czokoladowéj; takiéj saméj barwy krwią nastrzykane są naczynia opon mózgowych, na przekroju mózgowia występują podobne kropki krwawe, obie istoty mózgowe uderzają zabarwieniem szarém; wyściółka komórek i zwoje naczyniowe szaro nastrzykane, tak samo opony na podstawie mózgu. Błona śluzowa przełyku i tchawicy szaro-fijoletowa, języczek nieco obrzękły. Na przekroju płuc wylewa się krew do fusów podobna. Serce szaro zabarwione zawiera krew taką samą jak płuca, zastawki, błona wewnętrzna aorty i mięsień sercowy szaro-brunatne. Ściany żołądka od zewnątrz szare, naczynia wieńcowe nastrzykane krwią barwy czekoladowéj; błona śluzowa, zwłaszcza na wysokości fałdów, szara, rozpulchniona. Nerki na przekroju szaro-brunatne, krew czekoladową wydające. W pęcherzu 500grm. moczu nieco mętnego, słabo kwaśno oddziaływającego, barwy ciemno bursztynowéj (a w nim prof. Ludwig wykazał obecność nie rozłożonego chloranu potasowego); błona śluzowa pęcherza szara z naczyniami nastrzykanemi, zawierającemi krew do fusów podobną, tak samo jelita. Kości na przekroju okazują obie istoty szaro zabarwione, a krew również do fusów podobną; chrząstki stawowe szare.

Jak wszystkie ciała, które zetknąwszy się z istotami organicznemi łatwo pozbywają się tlenu, tak i chloran potasowy przeobraża krew pod dwojakim względem. Pod względem chemicznym gałczeń tlenny zamienia się na methemoglobinę, która ma barwę czekoladową i zdolną jest upośledzać prawidłową wymianę gazów tak samo, jak gałczeń tlenko-węglowy. Można przekonać się o tém i na krwi trupiéj. Ponieważ krew trupia zazwyczaj jest odtlenioną, więc po dolaniu rozczynu chloranu potasowego utlenia się i nabiera barwy jasno-czerwonéj; z czasem jednak zamienia się mięszanina w płyn gęstawy ciemno-brunatny a wreszcie w galaretę czarno brunatną. Zmiana morfologiczna tyczy się ciałek krwi czerwonych, które się rozpadają i wydzielają przez nerki; gromadząc się zaś w cewkach prostych nerki zatykają je, skutkiem czego piramidy na przekroju już makroskopijnie okazują prążki brunatno-czerwone. Mocz spłókuje cząstki tych wałków i uprowadza je do pęcherza, a z tego powodu występuje moczenie krwawe a zazwyczaj i żółtaczka.

W danym przypadku sprawdzono pierwszą zmianę, tj. chemiczną; krew barwy czekoladowéj rozcieńczona wodą i przesączona ukazała na widmie: w warstwach cienkich obie smugi gałczenia tlennego i częściowe zaćmienie pola czerwonego, w warstwach zaś zbitszych tylko jednę ciemną smugę w polu czerwoném (smugę methemoglobiny), przyczém cała prawa część widma była ciemną aż do granicy pola żółtego i czerwonego. Natomiast zmiany morfologicznéj w tym przypadku nie spostrzeżono: ciałka czerwone krwi były niezmienione, a więc i piramidy nerkowe okazały się jednostajnie brunatno zabarwione, a cewki proste były próżne.

Wypadek badania przemawia za tém, że śmierć na-

stąpiła bardzo wcześnie po otruciu, zanim przyszło do naruszenia i zniszczenia ciałek krwi. Zdaje się więc, że chory zamiast płókać rozczynem wypił takowy. Zachodzi jednak pytanie, czy sól w mowie będąca po częstém płókaniu nie może się dostać do obiegu krwi i wywołać objawy otrucia, zwłaszcza, jeżeliby istniały znaczne zmiany chorobowe w błonie śluzowéj przełyku, których w danym przypadku nie było. (*W. med. Woch.* 1882, Nr. 45).

(Pospieszamy z podaniem treści powyższego sprawozdania, ponieważ ono wzbogaca dyjagnostykę otruć, dotychczas nie spoczywającą na podwalinach zbyt mocnych. Zmiany chemiczne, wywołane we krwi przez chloran potasowy, sprawdziliśmy na krwi trupiéj. W rzeczy saméj natychmiast po dodaniu chloranu potasowego krew nabiera barwy] o wiele jaśniejszéj, stając się podobną z wejrzenia do krwi, mieszczącéj w sobie tlenek węgla. W tym okresie krew okazuje na widmie 2 zwykle smugi pochłonne. Powoli — a potrzeba do tego kilku godzin— barwa jasna krwi ustępuje ciemniejszéj, brudno-brunatnéj a wreszcie czarno-brunatnéj, płyn zaś sam staje się gęstawym, galaretowym; tak przeobrażona krew okazuje na widmie smugę jedną w polu czerwoném (methemoglobinową), podczas gdy połowa prawa widma aż do granicy pola czerwonego jest zaćmioną. Jednakowoż do osiągnięcia tego rezultatu potrzeba znacznego dodatku chloranu potasowego, a po upływie kilku godzin rozczyn krwi nie daje już żadnego widma.

Podobny przypadek otrucia, jednak pomyślnie ukończony, ogłasza Dr. Benkö (*Pester med. chir. Presse*, Nr. 45). Dziewczynka 6-letnia wypiła 8—10 gram. chloranu potasowego, we wodzie rozpuszczonego; rozczyn ten miał służyć do płókania. Objawami chorobowemi były: zapad, wymioty, stolce zielono-czarne, czynności serca osłabione, żółtaczka, ból w okolicach lędźwiowych, mocz zielono-czarny zawiera białko, czerwone ciałka krwi rozpadające się. Wyzdrowienie nastąpiło w ciągu 2 tygodni). *L. B.*

Riedinger: **O wstrząśnieniu klatki piersiowéj.** (Rzecz miana na XI Zjeździe chirurgów niemieckich).

Wstrząśnienie klatki piersiowéj jest jedném z najmniéj zbadanych obrażeń ciała. Niektórzy autorowie nie wspominają nawet o niém, inni twierdzą, że wcale nie istnieje, inni wreszcie identyfikują je ze stłuczeniem. Należy jednak odróżnić dokładnie obie te postacie obrażeń. Podczas gdy wśród stłuczenia ulega zniszczeniu pewna część miąższu płucnego i przerywają się pnie naczyniowe, polega wstrząśnienie na zmianach znacznie drobniejszych, niedostępnych badaniu makroskopowemu. Obrażeni wdychają najczęściéj głęboko po urazie, następnie wydychają kilkakroć krótko, czasem jęcząc, bledną, drżą na całém ciele a zimny pot zalewa ich skronie. Najczęściéj zdarza się, że obrażeni przychodzą prędko do siebie, rzadziéj nastaje śmierć bezpośrednio po urazie, niestety rzadkie te przypadki nie są tak dokładnie opisywane, iżby skutek samego wstrząśnienia był niewątpliwym; niekiedy rozpoznawano z przypadów samo wstrząśnienie a znajdowano stłuczenie. Ze względu na tę okoliczność starał się R. doświadczalnie zapoznać się bliżéj z tą sprawą chorobową. Maola, który się również zajmował doświadczeniami w tym kierunku, przyszedł do przekonania, że wstrząśnienie klatki polega na zadrażnieniu nerwu błędnego a porażeniu nerwu współczulnego. R. czynił doświadczenia na królikach, które przywiązywano w ten sposób, że pod grzbietem swobodnie rękę przesunąć było można, aby tym sposobem uniknąć odbicia. Po największéj części kreślono za pomocą odpowiedniego przyrządu ruchy oddechowe, mierzono parcie krwi i wykazano, że po uderzeniu opada ciśnienie krwi nagle a następnie powraca stopniowo do stanu prawidłowego. Po kilku uderzeniach utrzymuje się parcie krwi przez czas dłuższy znacznie poniżéj prawidłowego. Tor oddychania ulega tylko nieznacznym zmianom. Skoro nagle odwiązano zwierzę, kładło się ono chwiejąc się na nogach, oglądało się trwożliwie dokoła, oddechając szybko. Przy sekcyi nie znajdowano żadnych lub tylko nieznaczne zmiany: drobne wynaczynionki podopłucnowe; po urazach silniejszych znajdowano złamania żeber, stłuczenia miąższu płucnego, pęknięcia wątroby, skutkiem których zwierzęta szybko ginęły. Autor sądzi, że nagłe obniżanie się parcia krwi jest skutkiem zadrażnienia nerwu błędnego, krzywizna parcia jest bardzo podobną do uzyskanéj podczas drażnienia nerwu błędnego prądem przerywanym; okoliczność, że parcie utrzymuje się nizko przez czas dłuższy, jest skutkiem zadrażnienia zniżacza i innych nerwów, przebiegających wśród przestrzeni wstrząśniętéj. Wstrząśnienie klatki piersiowéj polega tedy przedewszystkiém na zboczeniu w innerwacyi ośrodków krążenia, wywołaném przez ustanie ruchów serca, gdy nerw błędny zostaje zadrażnionym w klatce piersiowéj, powtóre w skutek zmniejszenia napięcia ścian naczyniowych na obwodzie. (*Mittheilungen des Vereines d. Aerzte.* Nr. 21 z 1882 r.) *Ig. Schaitter.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Convallaria majalis.** Środek ten dawno używany w Rosyi przeciw puchlinie wodnéj został świeżo zbadanym we Francyi a mianowicie: 1) jego wyciąg wodny z liści, który zdaje się być słabym przetworem; 2) wyciąg z kwiatów, działający daleko silniéj na zwierzęta niźli na ludzi; 3) wyciąg z całéj rośliny. Hardy otrzymał alkaloid, konwalaryn, w bezpostaciowéj formie, zdający się posiadać przymiot, który można porównać z własnościami digitalinu. Dawki tych wyciągów wynoszą od jednego do dwóch gramów, czy to wyciągu z kwiatów czy téż z całéj rośliny. U żółwia spostrzeżono znaczne opóźnienie uderzeń serca, częstość uderzeń opadła w przeciągu minuty z 36 na 4. U psa po zastrzyknięciu podskórném 5 centygramów wyciągu zmniejszyła się liczba uderzeń serca i liczba oddechów. Germain Sée badał ten środek w 20 przypadkach chorobowych, w trzech bez skutku, ale w innych wpływ tegoż był bardzo znaczny; działa on bardzo silnie moczopędnie, tak że ilość moczu jest 3 razy większa niż była przedtém. Leczono tym środkiem 3 przypadki niedomykalności zastawki dwukończystéj, 2 rozstrzeni serca, zwykłego przerostu, niedomykalności aorty, zwykłéj niedokrewności, długotrwałego zapalenia osierdzia i cukrzycy. Rosyjscy lekarze utrzymują, że środek ten jest bardzo pożytecznym w nerwowych chorobach serca, Sée jednakże mniema, że twierdzenie to jest bezzasadném. Środek ten nie ma żadnego wpływu na organa trawienia i bywa dobrze znoszonym, zwiększa on raczéj niż zmniejsza apetyt i ułatwia działanie kiszek. Zmniejszenie liczby uderzeń serca w zwykłych warunkach wynosi około 10 do 15 na minutę. Zboczenia, szczególniéj systemu nerwowego, po użyciu tego środka zmniejszają się; usuwa on tętnienia w odległych naczyniach, np. w głowie, a równocześnie wzmaga siłę czynności serca. (*The Lancet*, 1882, II, Nr. 8).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z Walnego zebrania członków Wydziału lekarskiego Tow Przyj. Nauk w Poznaniu d. 24 czerwca 1882.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

Poczém mówił kol. Dr. Kaczorowski o leczeniu przeciwgorączkowém:

Od czasu, gdy terapija, porzuciwszy nadany sobie przez szkołę wiedeńską nihilistyczny kierunek, do czynniejszéj zwróciła się znów w chorobach wewnętrznych interwencyi, zwalczanie gorączki towarzyszącéj ostrym, a mianowicie t. zw. infekcyjnym chorobom stało się hasłem lekarzy. Wygłoszone najpierw przez prostego empiryka, długi czas wyśmiewane, nareszcie podjęte przez wojskowego lekarza w durze jelitowym, hasło owo utorowało sobie drogę do klinik profesorskich i dało popęd do całkiem oddzielnéj metody leczniczéj, która opierając się na podwalinach fizycznych wkrótce zyskała powagę naukową a w ostatnim dziesiątku lat stanęła na porządku dziennym terapii całego świata cywilizowanego. I zaprawdę, któżby nie uległ urokowi środków leczniczych, strącających pożerającą chorego gorączkę poniekąd o parę stopni i przywracających mu większą swobodę choćby na kilka godzin? wszak cyfry są dowodem najwymowniejszym. Tymczasem zaczynają się powoli odzywać głosy ostrzegające przed zbyt śmiałém stosowaniem środków przeciwgorączkowych, które już nawet najsmutniejszą nieraz sprowadziły katastrofę. Budzi się reakcyja przeciwko zbyt heroicznéj antipyrezie podobnie jak w czasie obecnym przeciwko przyjętemu z takim entuzyjazmem przez chirurgów jodoformowi. Nie od rzeczy więc będzie, abyśmy, których praktyczna strona nauki lekarskiéj najżywiéj obchodzi, udzielając sobie wzajemnych spostrzeżeń, porozumieli się co do kwestyj zasadniczych terapii przeciwgorączkowéj. Tęż samą rzecz zamieścił na porządku dziennym zebrany przed dwoma miesiącami w Wiesbadenie pierwszy niemiecki Zjazd internistów niemieckich, z którego rozpraw odnośnych pozwolę sobie zdać krótką sprawę: Otóż referent kwestyi antipyretycznéj prof. Liebermeister sformułował następujące główne punkty: 1) że w wielu przypadkach chorób gorączkowych zachodzi dla chorego niebezpieczeństwo z powodu podniesienia się ciepłoty ciała; 2) że w takich razach jest zadaniem lekarza, odpowiedniemi środkami zwalczać ciepłotę podniesioną; 3) że w niektórych przypadkach także zastosowanie leków przeciwgorączkowych, mianowicie chininu i kwasu salicylowego, jest pożytecznem; 4) że podstawą leczenia przeciwgorączkowego jest bezpośrednie odejmowanie cieplika za pomocą kąpieli ochładzających. Metoda Liebermeistra polega, jak wiadomo, na zastosowywaniu mniéj więcéj co 3 godziny zimnych kąpieli o 15°R., po których dla utrwalenia działania przeciwgorączkowego podaje się jeszcze do 1,5 chininu, ile razy ciepłota przekracza 39,5°C. Głównem zaś polem do doświadczania téj metody jest dur jelitowy. L. polecał ją i teraz, pragnąc, ażeby się stała własnością wszystkich lekarzy. Koreferent Ries, podzielając zapatrywania te, różni się jednak od Liebermeistra w przeprowadzeniu metody antipyretycznéj przypisując niepowodzenia jéj kąpielom zimnym i przemawia raczéj za stałém i ile możności dokładnem obniżeniem ciepłoty za pomocą środków wewnętrznych i to salicylanu sodowego w połączeniu z kąpielami zimnemi, albo lepiéj jeszcze za pomocą ciągłych kąpieli letnich o 25°R. Metody téj doświadczał w 1273 przypadkach duru jelitowego i 327 przypadkach zapalenia płuc. Śmiertelność w durze wynosiła 20,9%, w zapaleniu płuc 25%, wynik zaprawdę nie wielce zachęcający, jakkolwiek Ries słusznie podnosi, że w szpitalach, dokąd po większéj części ciężkie i daleko już posunięte przypadki chorobowe się odsyłają, nie należy mierzyć skuteczności terapii odsetkami śmiertelności. Ries przypuszcza, że stałe utrzymywanie chorych w ciepłocie niżéj 38,5°R usuwa chorobowe objawy ośrodków nerwowych a poniekąd skraca całą sprawę gorączkową. Jürgensen oprócz zimnych kąpieli i kiedy niekiedy podawanego chininu kładzie nacisk na podtrzymywanie odporności ustroju za pomocą obfitych ilości wyskoku jako środka zaoszczędzającego zużycia ustroju i za pomocą środków pożywnych. Postępując wedle téj metody, wyjąwszy przypadki krwotoków i przedziurawienia jelita, powikłania z zapaleniem płuc, nie stracił ani jednego chorego na dur jelitowy. Curschmann, lekarz szpitala hamburskiego, doświadczywszy wszystkich sposobów przeciwgorączkowych w durze jelitowym, pozostał przy skombinowaniu zimnych kąpieli z chininem, przyznaje jednak, że w szafowaniu temi środkami coraz staje się powściągliwszym. Nie wątpi bowiem, że przypadki duru jelitowego, średniego a nie rzadko nawet ciężkiego nasilenia byle niepowikłane, w obec starannego unikania zewnętrznych szkodliwości, w korzystnych warunkach higijenicznych i bez czynniejszego postępowania ze strony lekarza pomyślném zejściem się kończą. W ostatnich latach, hołdując téj zasadzie, otrzymywał średnią śmiertelność od 6—7%. Tylko w czasie stale utrzymującéj się wygórowanéj gorączki używa zwolna ochładzanych kąpieli wedle metody Ziemssena, t. j. zacząwszy od 26°R. a obniżając zwolna ciepłotę wody aż do 22°R., poczém podaje chorym chininu 1—1,5. Gerhardt uważając działanie przeciwgorączkowe za największy postęp nowoczesnéj terapii, ostrzega jednak przed winnikiem wymiotnym i weratrynem, zaleca w durze zimne kąpiele, chinin, będąc przeciwnym salicylanowi sodowemu. Kładzie także nacisk na popieranie w durze sił chorego za pomocą pożywienia i wina. Rühle, chłoszcząc lekarzy zapisujących chinin każdemu choremu, u którego ciepłomierz wskazuje 39—40°, przypomina tak zwane poronne leczenie duru jelitowego za pomocą większych dawek kalomelu. Tłumacząc sobie pomyślne jego działanie sprowadzeniem obfitszéj wydzieliny żółci, a ztąd wydaleniem choć części jadu tyfusowego, który przez narząd pokarmowy ustrój nagabuje. Binz przypisuje środkom przeciwgorączkowym własność porażającą istoty chorobotwórcze, upatruje w poronném działaniu kalomelu w durze odwietrzający skutek sublimatu, wywiązującego się z kalomelu w jelicie cienkiém. Mayer z Akwisgranu gromił Henocha i Steffena, ponieważ w tyfusie u dzieci porzucają energiczniejsze postępowanie przeciwgorączkowe, dozwalając najwyżéj dwóch kąpieli na dobę o 25—22°R. Otóż opinije zebranych na Zjeździe niemieckich profesorów i lekarzy o znaczeniu i wartości metody przeciwgorączkowéj były prawie jednozgodne pod tym względem, że w chorobach gorączkowych, mianowicie w durze jelitowym i zapaleniu płuc, należy zwalczać gorączkę i to najlepiéj za pomocą zimnych kąpieli w połączeniu z wielkiemi dawkami chininu. Jeden tylko lekarz szpitalny, i to Curschmann, śmiał wystąpić z zaleceniem oględniejszego zastosowywania heroicznéj antipyrezy, obracając się jednak tylko w ogólnikach, nikt nie zakłócił téj zgodnéj harmonii zdań przytoczeniem nieszczęsnych przygód bezpośrednio po użyciu owych środków nieraz spostrzeganych, mianowicie u dzieci i słabowitych dorosłych osób. Nigdzie w całéj dyskusyi nie napotykamy wyszczególnienia warunków, stanowiących przeciwwskazanie tak energicznego działania przeciwgorączkowego. Co do moich własnych doświadczeń wyznać mi przychodzi, że z pierwotnego entuzyjazmu dla środków przeciwgorączkowych po kilku rażących niepowodzeniach znacznie ochłonąłem. Widziałem bowiem przed 4 laty raz u kobiety durem jelitowym dotkniętéj w dziesiątym dniu choroby, gdy ciepłota do 41°R. się podniosła, po 1,5grm. chininu w parę godzin występujący zapad, z którego się choréj już poddźwignąć nie udało i gdzie po śmierci żadnego powikłania w zwłokach nie znaleziono. Druga kobieta, również w durze jelitowym 12tego dnia choroby po 6,0 salicylanu sodowego, zadanego li tylko dla obniżenia ciepłoty do 41°C. dochodzącéj, popadła w gwałtowną niemoc serca i w dwie godziny życie zakończyła. Po zimnych kąpielach o 15°R. bardzo często obserwowałem pod koniec 15 minut trwającéj kąpieli całkowite zesinienie odnóg dolnych, gwałtowne drżenie, a w końcu zapad, od którego zaledwie wszelkiemi możliwemi środkami podniecającemi uwolnić można było chorych, a któremu mężczyzna liczący 56 lat w drugim tygodniu duru jelitowego znajdujący się w parę godzin uległ. Odtąd wiem i o kilku kolegach, którzy po wielkich dawkach chininu i kwasu salicylowego bardzo niepomyślne wyniki spostrzegali. Pamiętny mi szczególniéj przypadek żony jednego z naszych kolegów, połogowém zapaleniem okołomacicznem dotkniętéj, u któréj zadanie od razu 1,5 chininu dla obniżenia ciepłoty przechodzącéj 40,5° wielce zatrważające otrucie sprowadziło, mianowicie osłabienie serca, którego drobne tętno zaledwie policzyć się dało. Wreszcie w sprawozdaniach szpitalnych w wielu miejscach wyczytać można o niepowodzeniach po zastosowaniu zimnych kąpieli w durze jelitowym, a szczególniéj składano na nie winę zdarzających się zbyt często krwotoków jelitowych. Pouczającém więc będzie dla nas wszystkich, jeżeli obecni tu koledzy udzielą nam swoich w téj materyi do-

świadczeń. Zanim to nastąpi, pozwolę sobie najpierw zakreślić stanowisko, z jakiego na terapiję przeciwgorączkową się zapatruję. Przedewszystkiém stwierdzić należy, że nie podobna było dotychczas wykazać, jakoby działanie przeciwgorączkowe zdołało skrócić przebieg tych chorób, przeciw którym je stosowano. Jeżeli Ries na Zjeździe wiesbadeńskim oświadczył, że stałe obniżenie ciepłoty za pomocą ciągłych kąpieli tego dokazać potrafi, to wyniki śmiertelności jego chorych (21% w durze jelitowym, a 25% w zapaleniu płuc) nie świetnie popierają jego metodę, bo tak zastraszającego procentu śmiertelności nawet w tutejszym szpitalu miejskim, którego chorzy z podobnych jak zakład Riesa rekrutują się żywiołów, w obec innych sposobów leczenia, wykluczających zimne kąpiele, w żadnym roku nie uważałem. Natomiast godzić się należy na niezaprzeczenie dobroczynny wpływ, jaki ochładzające kąpiele wywierają na przebieg chorób gorączkowych, mianowicie tyfusowych, już to uśmierzając objawy zbytniego podrażnienia ośrodków nerwowych, np. bólu głowy, majaczeń, kurczów, odurzenia, śpiączki itp., już też to podniecając upadającą sprawę obiegu krwi i oddychania. Tak jedne jak drugie objawy chorobowe przypisywano głównie wpływowi gorączki, pierwsze, t. j. objawy mozgo-rdzeniowe, hyperekscytacyi włókien nerwowych przez zbyt gorącą krew, upadek serca tłuszczowemu z tėj samėj przyczyny zwyrodnieniu. Wykrycie w zwłokach tyfusowych drobnych ustrojów nagromadzonych w miękkiėj oponie narządu mózgo rdzeniowego dozwala obecnie odmiennego tłumaczenia objawów nerwowych, t. j. uważać je za objaw czysto miejscowego zajęcia ośrodków nerwowych. Czynność zaś serca nie zawsze idzie w parze z ciepłotą ciała. Młodsze osoby, szczególniėj dzieci, w chorobach tyfusowych mało oddziaływają na wysokie stopnie ciepłoty. Z wielu przykładów przytaczam następujące: Trzechletnie dziecko np. dotknięte durem osutkowym, o ciepłocie wieczorem do 41°C. dochodzącėj, które przesiadywało swobodnie większą część dnia w łóżeczku. Szesnastoletnia dziewczyna dotknięta durem jelitowym, który po trzech tygodniach w stan bezgorączkowy przeszedłszy, w tydzień późniėj odnowił się, w pierwszym okresie choroby o ciepłocie 40,5° wieczorem do 41° wzmagającėj się, okazywała 60 uderzeń tętna w minucie a chora czując się wcale nie źle, domagała się ciągle pozwolenia, aby z łóżka wstać mogła. W chorobach więc gorączkowych punktu ciężkości choroby nie w samėj tylko gorączce szukać należy. Stopień miejscowego zajęcia dotkniętych narządów i upośledzenia ich czynności stanowi jądro choroby, a po dłuższém trwaniu walki ustroju przeciw najezdniczym pierwiastkom chorobotwórczym mięsień sercowy, skutkiem nadmiaru pracy około wyrównania przeszkód obiegu krwi, a nadto pod wpływem topiącego żaru gorączkowego, chromać zaczyna i nie wsparty przez lekarza łatwo uledz może porażeniu. Pomijając więc miejscowe zajęcia, przeciw którym najskuteczniejszą broń podaje nam częste, podskórne zastrzykiwanie morfinu, lekarz według zdania mojego nie tyle przeciwko niebezpieczeństwu wynikającemu ze zbytniego podniesienia ciepłoty, ile przeciw ubezwładnieniu czynności sercowėj występować powinien. Stan tętna tak uważnie śledzony przez dawniejszych lekarzy odzyskać winien dawniejsze swe prawa nieprzedawnione i stać się regulatorem postępowania leczniczego. To też Jürgensen, Gerhardt i Curschmann kładli nacisk na podtrzymywanie odporności ustroju za pomocą wyskoku i środków pożywnych, jakkolwiek obstawali za kąpielami zimnemi i chininem. Wedle moich doświadczeń, w ostatnich latach zebranych, doszedłem więc do następujących wniosków leczniczych: 1) ochładzanie chorych z jakiėjbądź przyczyny gorączkujących przynosi im wielki pożytek, łagodząc ogólne ich chorobowe poczucie, mianowicie objawy wynikające z podrażnienia ośrodków nerwowych a równocześnie skrzepiając czynność serca i budząc trochę łaknienia; 2) środkiem najbardziėj wolnym od niepożądanych pobocznych skutków ku temu jest w zimnėj porze roku wystawienie górnėj części ciała, mianowicie głowy, na ustawiczne działanie świeżego choćby mroźnego powietrza; 3) zimne kąpiele znoszą pomyślnie tylko jędrne jeszcze, nie zbytecznie ku obu krańcom wieku zbliżone osoby; dzieci i starcy, tudzież osoby nerwowe, użalające się w ciągu choroby na zimno i dreszcze, nareszcie chorzy w późniejszym okresie choroby, gdy serce już wątleć zaczyna, zimnych kąpieli winni unikać; 4) w braku warunków umożebniających ochładzanie chorych za pomocą powietrza pomyślnie działają kąpiele od 26°R. w miarę znoszenia aż do 22° zniżane, połączone ze zlewaniami górnych części tułowiu wodą chłodniejszą, przez co ośrodki nerwowe dostatecznie się pobudzą; 5) w umiarkowanych przypadkach chorób gorączkowych, mianowicie tyfusowych, wystarczają w cieplejszėj porze roku, lekkie okrycie, częste zimną wodą zmywanie chorych, oraz obfite irygacyje zimnėj wody do jelita; 6) wielkich dawek chininu i kwasu salicylowego, będących mieczem obosiecznym, należy jako środków przeciwgorączkowych całkiem zaniechać; wyjątek stanowi zimnica i gościec ostry; 7) w zapaleniu płuc leczenie przeciwgorączkowe za pomocą kąpieli albo chininu lub kwasu salicylowego że względu na krótkotrwały przebieg choroby jest zbytecznėm a nawet szkodliwėm być może; najważniejszém zadaniem lekarza w chorobach gorączkowych jest podtrzymywanie odporności ustroju, mianowicie czynności sercowėj, za pomocą pokarmów pożywnych, mianowicie mleka, wyskoku i leków podniecających, jak kamfory z kwasem będźwinowym. (Dok. nast.).

V. Zaraza morowa i cholera na Wschodzie w roku 1881.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

Stosunki z Zarządem centralnym służby zdrowia w Konstantynopolu pozwoliły mi przejrzeć akta dotyczące zarazy morowėj i cholery, które grasowały na Wschodzie w roku przeszłym. Korzystałem więc z tych dokumentów: i jako przyczynek do historyi dwóch tych epidemij podaję opis ich wybuchu i przebiegu na Wschodzie tureckim w r. 1881. Jakkolwiek szkic mój uważam za bardzo spóźniony, jednak spodziewam się, że podaniem faktów i dat, opartych na źródłach urzędowych, zdołam jeszcze zainteresować ogół naszych czytelników.

W historyi oświaty spotykamy się z bardzo popularném zdaniem, uważającém Wschód za kolebkę cywilizacyi. Gdy jednak w epoce nam współczesnėj ta wschodnia cywilizacyja okryta pleśnią przedawnienia zaledwie interesuje specyjalistów, to niemniėj jednak Wschód bliższy lub odległy przedstawia się, mianowicie dla lekarza, jako obszerne pole ukrywające w sobie źródła przyczyn nagminnie tu panujących chorób zakaźnych. Dla higijenisty więc upaść musi ta urocza zasłona, w jaką idealiści upowili piękną i ciekawą tę część świata, pomimo wszystkich swych powabów gnieżdżącą w sobie zarodki ciężkich stanów chorobowych szybko i groźnie rozchodzących się po starėj Europie. Bo też naprawdę z małym bardzo wyjątkiem każdy wybuch takich chorób jak cholera i powietrze morowe w Europie, zawsze poprzedziło ukazanie się tych epidemij na Wschodzie. Dość bowiem rzucić okiem na tablice statystyczne z rozmaitych epok, ażeby się przekonać, że szlaki, po których się przedostały do nas te prawdziwe plagi socyjalne, zawsze wybiegały od Wschodu, uważanego też powszechnie za niewątpliwe siedlisko cholery i dżumy. I gdy pośród społeczeństw europejskich wieść sama o zwiastunach epidemii zwykła już wywoływać trwogę i ogólny upadek na duchu, na Wschodzie, mianowicie pośród ludów muzułmańskich, stale panuje pewne zobojętnienie, spartańska gotowość niejako do zniesienia klęski, jako kary rzuconėj ręką rozgniewanego bóstwa na występne społeczeństwo! Obawa śmierci ma tak mały wpływ na te ludy pełne fantazyi i szczerėj wiary w męczeńską koronę, że szerzenie się zarazy nie oddziaływa prawie na ich uczuciowość. Ten rodzaj determinacyi, o ile mogłem zauważyć i wyrozumieć przesądną dążność tutejszych ludów, opierać się zdaje na przekonaniu, że choroby zakaźne, a mianowicie cholera i dżuma, zwykły grasować na Wschodzie po upływie każdych lat dziesięciu. Ma się więc czas do przygotowania się celem zniesienia klęski. Smutne jednak doświadczenia ostatnich lat zaprzeczyły temu

najzupełniéj. I okres czasu od roku 1870—1879 podał nam liczne przykłady szerzenia się zarazy nie tylko w oddalonym Wschodzie ale i w Arabii, Mezopotamii i poblizkiéj Syryi, co dowodzi, że nawet prawdopodobne oznaczanie czasu wybuchu chorób zakaźnych pochodzenia wschodniego jest rzeczą niepodobną.

Parę wstępnych uwag o geografii i topografii samego teatru epidemij, który w ciągu czteroletniego tam pobytu szczegółowo poznałem, uważam za stósowne.

Na południo-wschód od Mezopotamii (El-Dżezyre Arabów) rozpoczyna się starożytna Babilonija, w języku urzędowym zwana „Irak Arabi“ (Arabija odległa). Prowincyja ta, stanowiąca część wielkorządztwa Bagdadzkiego, rozciąga się między 31° i 36° sz. poł. mając kształt owalny, którego górną część obejmują ramiona Tygru i Eufratu, zbliżające się ku sobie coraz to bardziéj, ażeby na wysokości Bagdadu utworzyć wązką kilkakilometrową szyję, w najrozmaitszych kierunkach poprzerzynaną kanałami i napływem głównych tu wodnych zbiorników. Postępując za biegiem głównego koryta Eufratu spotykamy nad jego wybrzeżami następujące miejscowości: osadę Musseib (1.200 mieszkańców) rozrzuconą po obu wybrzeżach Eufratu i połączoną z Bagdadem dobrą drogą. Daléj Mohavil lub Menavil małą wioszczynę, położoną na lewém wybrzeżu i również połączoną szeroką drogą z głównym miastem prowincyi. Następnie spotykamy Hyllet lub Hylla (w pobliżu ruin Babilonu) rozłożoną po obu brzegach Eufratu, bardzo ważny punkt handlowy z 20 tysiącami mieszkańców. Po za tém miastem wznoszą się tu i owdzie osady arabskie i albańskie, z których większe i ludniejsze noszą nazwy Medżydie, Dżerboje, następnie Dagarrach nad kanałem tegoż nazwiska, z którym dobiegamy do drugiego ważnego punktu handlowego, Dywanieh. Gdy się wydostaniemy z gajów drzew daktylowej palmy wieńcem otaczających ostatnią tę miejscowość, i postępować będziemy prawym brzegiem Eufratu, spotkamy leżące w pustyni ruiny obszernego niegdyś miasta Lamlemu, jeszcze w epoce Kalifów bagdackich przez mieszkańców opuszczonego z powodu grasujących tu zabójczych zimnic. W końcu przedostawszy się na nędznèm pamiętającém czasy Noego czółenku przez jeden z kanałów, dojdziemy do Samawy, zkąd już większą łodzią można się dostać do nowozałożonéj osady Nezren, miasteczka Suk-el-dżuk i wreszcie do ubożuchnéj arabskiéj osady Kurna, położonéj przy zbiegu Tygru i Eufratu, płynących już daléj jedném korytem głębokiém i dostępném dla wielkich statków, kursujących między Bagdadem a Bassorah (12—15 tysięcy mieszkańców) i przystanią Tao, położoną już nad zatoką perską.

Między Musseib i Samawą dolny Eufrat po prawém swém wybrzeżu wydziela znaczną ilość odnóg i kanałów sztucznych i naturalnych, pokrywających całą południowo-zachodnią okolicę prawdziwą siecią koryt, z wodą niemającą łatwego odpływu, sprzyjającą zatém tworzeniu się błotnych kałuż. Naprzeciw samego Musseibu jeden z kanałów oddziela się ku Kerbeli, miastu z 10 tysiącami mieszkańców, bardzo ważnemu nie tylko pod względem handlu ale i z powodu pielgrzymki Persów i Arabów, przybywających z najdalszych okolic dla oddania czci znajdującym się tu grobom obu synów Alego. Poniżéj Musseib oddziela się wielki kanał Hyndieh, nad którym znajdujemy małą arabską osadę Tanabi, a nieco daléj Tuerych, pospolicie zwaną Hyndieh, miasteczko z czterema tysiącami mieszkańców. W tym punkcie wielki kanał rozdziela się na dwie odnogi, z których odnoga południowa doprowadza do osad Abassiad, Horel-Tohun i Chamieh. Gałęź ta z nadzwyczaj obfitym zasobem wody zwykle zalewa całą okolicę aż do wybrzeży Eufratu, odległego tylko o 4 godzin drogi. Pewne tylko tu punkty utworzone przez naniesiony i ustalony tu z czasem piasek tworzą wydatności w rodzaju małych wysepek, z których na główną uwagę zasługuje Chamieh, łącząca się długim przesmykiem z Dywanieh, Chafieh, Memar i El-Raz; nieco daléj leżą dwie wysepki Hammadat i wreszcie dwa nasypy Ban-ei-Tumen. W stronie zaś południowo-wschodniéj od Chamieh występują trzy inne wysepki, niedostępne jednak z powodu otaczających je moczarów. Plemię beduinów Abou-dżewalzir najczęściéj zwykło tu koczować. Zachodnia zaś odnoga kanału Hyndieh przepływa przez Dżessar-El-Kuffe, uważanego za ojczyznę patryarchy Noego, w pobliżu punktu, gdzie kanał ten wpada do jeziora Nedżeff. W dwugodzinnéj ztąd oddali leży piękne miasto Nedżeff, zwane inaczéj Mechemet-Ali, z 10 tysiącami mieszkańców i sławne grobem Kalify Alego zięcia wschodniego proroka. Całą tę okolicę zamieszkują ważne dwa wielkie arabskie plemiona Beni-Hassan w pobliżu Kerbelli i Montefik rozsiadłe w pustyni aż do Bassorah i zatoki perskiéj.

Tych kilka szczegółów, może suchych i zawikłanych, nie podobna mi było pominąć z powodu, że one to właśnie są nicią przewodnią pośród tego labiryntu wsi, plemion, kanałów, jezior i rzek pokrywających swą siecią całą prowincyję zwaną „Irak-Arabi,“ najbardziéj doświadczoną przez zarazę morową. Po zapoznaniu się zaś z fizycznym kształtem miejscowości, więcéj lub mniéj pokrytéj moczarami, wypada mi dodać, że ryż i palma daktylowa są głównemi przedmiotami kultury miejscowéj. Ludność stanowią przeważnie Arabowie, pośród nich znajdują się Izraelici hiszpańscy, wreszcie Persowie i Turcy. Ci ostatni są to najczęściéj wojskowi lub urzędnicy administracyjni. Arabowie żyją tu pokoleniami stale osiadłemi prawie od pół wieku. Mieszkania ich stanowią zwykle namioty, nędzne lepianki z gliny i słomy, okryte matami, gałązkami palmy, a niekiedy u zamożniejszych tylko posiadające płaski dach zbudowany z nieszczególnego gatunku cegieł. Z miast głównie zasługują na uwagę Hyllet i Dywanieh, siedlisko władz okręgowych, a daléj Kerbella i Nedżeff, które z powodu odbywanych tu pielgrzymek pochłaniają corocznie kilka tysięcy trupów, z których większą połowę przywożą z najodleglejszych okolic Persyi. Dwa więc te miasta są to poprostu olbrzymie nekropole, w których wytwarzające się zaduchy słusznie można uważać za prawdopodobną przyczynę panujących tu epidemij.

Rzućmy teraz okiem na sam rozwój i postęp zarazy morowéj w poznanych tylko co okolicach. W początkach stycznia przeszłego roku plemię osiadłych Arabów „El-Zayad“ pierwsze uległo zarazie. Ztąd, za pośrednictwem koczujących beduinów, choroba dostała się do Chamieh, daléj do Dżaara, małej osady (1.200 mieszkańców), gdzie śmiertelność do połowy marca doszła do 350 osób, a połowa prawie całéj ludności była cierpiącą. W ciągu kilku dni spostrzeżono pojawy zakażenia w Kufie, a głównie w samym Nedżeffie, gdzie do końca maja 2.517 osób padło ofiarą zarazy. Zawsze postępując od Dżaary choroba dostała się do Dessim, gdzie na 90 rodzin 40 uległo zakażeniu. Daléj widzimy Labiebad zakażony przez Dessim, gdzie znowu na 130 mieszkańców 100 umarło. W pierwszych dniach kwietnia zaraza morowa z Dessim przeniosła się do Dżemabadu i El-Zakra, zabierając połowę ogólnéj liczby mieszkańców. Jednocześnie prawie

zostały zakażone Hamadad i mała wysepka Aukocle, tracąc 100 ofiar na ogólną liczbę 150 mieszkańców. Daléj straszna ta plaga nie folgując wcale dostała się do Rumeli, Tavabi, Ketta, Mistyab, osad leżących w pobliżu Dżaary. Wreszcie, zmieniając niejako swój kierunek ku wschodowi, wybuchła w małéj osadzie Chafieh, gdzie na 100 mieszkańców 60 padło ofiarą zarazy. I w końcu nieposkromiona w swym rozwoju ukazała się w miasteczku okręgowém Chamieh. Ztąd postępowała zachodnim wybrzeżem Eufratu a z wyjątkiem Arabów Abon-dżewair cała okolica wolną była od zarazy. Zarówno téż miasta Hyndieh, Kerbella, Musseib i wielkie pokolenie Arabów Beni-Hassan, a jeszcze daléj na południe miasteczko Samawa i pokolenie beduinów Montefik wcale od niéj nie ucierpiały, tak że pole szerzenia się zarazy było bardzo nieznaczném, ograniczoném do przestrzeni położonéj na południo-wschód dolnego Eufratu, w dolinach zasianych ryżem, pokrytych lasami palm daktylowych, zajmujących przestrzeń między rzeką, jeziorem Nedżeff i jego wybrzeżami. Uwięziona niejako między pustynią arabską na południowschód i Eufratem od północno-zachodu, zaraza tutaj to przeważnie grasowała z całą swą siłą.

Nie wdając się w powtarzanie dobrze znanych przypadów klinicznych zarazy morowéj, powiem tylko, że sądząc z raportów nadesłanych przez miejscowych lekarzy, odrazu wypadało zadecydować o istnieniu w „Irak Arabi" epidemii zarazy dymienicznéj wschodniéj (po arabsku „Taun"). Bardzo groźne jéj przypady, jak dymienice szybko przechodzące w zgorzelinę, krwawe wymioty i moczenie i krwotoki z innych narządów, zabijały dotkniętych po 6, 10, 20 lub 48 godzinach, wyjątkowo tylko ułaskawiając nieszczęśliwych chorych. Zaraza z tak gwałtowną szerzyła się siłą, że swemi ofiarami w ciągu jednego dnia mogłaby wypełnić znaczną część mitologicznego Acheronu! Zaraźliwość jéj była téż przerażającą. Mieszkańcy jednego domu dotknięci zarazą umierali w stosunku 4:5. Sprawdzono zaś, że zaraza szerzyła się ze wsi do wsi, z namiotu pod namiot, jedynie tylko w następstwie przybywania do miejscowości zdrowych osób, pochodzących z okolic zakażonych. Słowem przeszłoroczna zaraza w „Irak-Arabi" uderzała jakby piorunem, nikogo nie oszczędzając. A co do gwałtownéj i wyjątkowo szybkiéj śmiertelności przyrównać ją można do epidemij wieku XIVgo i pomimo że przestrzeń, w któréj grasowała, była dość ograniczoną, niemniéj zatrwożyła ona tak okolicę miejsc dotkniętych, jak i miejsca bardziéj oddalone. (C. d. n.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 29 października do 4 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 21,4 (20,5 z. t.). Umarło z płonicy 1 (0 z. t.); z błonicy 2 (1 z. t.); z czerwonki 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach ospy, 1 ospicy, 1 płonicy, 3 błonicy. W tygodniu od 22—28 października leczyło się na ospę w londyńskich szpitalach 79, świeżo zapadło 9, umarło 3. W Wiedniu umarło z ospy 1, w Paryżu 3, w Roterdamie 4, w Warszawie 10, w Granadzie 16, w Petersburgu 17, w Madrasie 23. W Rio de Janeiro panuje gwałtowna ospa, z któréj umarło od 16—30 września 82. Dur brzuszny złagodniał w Paryżu. Umarło 173 (244 z. t.); leczyło się w szpitalach 2175. Dur plamisty pojawia się sporadycznie w Petersburgu, Mur-Maladze i Madrycie. W San Francisco umarło 2 z chocyi, lery w pierwszym tygodniu października.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 22 —28 października umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 20,5; we Lwowie 38,9; w Poznaniu 39,4; w Wiedniu 21,7; w Budapeszcie 24,6; w Pradze 28,9; w Tryjeście 24,5; w Berlinie 23,2; w Wrocławiu 28,3; w Gdańsku 24,6; w Mnichowie 24,5; w Dreźnie 21,0; w Lipsku 20,3; w Bazylei 13,0; w Brukseli 17,6; w Amsterdamie 23,4; w Hadze 21,9, w Paryżu 25,0; w Londynie 19,6; w Kopenhadze 17,9; w Stokholmie 18.5; w Chrystyjanii 14,1; w Petersburgu 30,3; w Odesie 33,3; w Rzymie 20,3; w Wenecyi 19.2; w Bukareszcie 23,9; w Madrycie 35,8; w Lizbonie 22,0; w Aleksandryi 44,6; w Nowym Yorku 23,9; w Filadelfii 20,4; w Rio de Janeiro 44,3, w Bombayu 27,2; w Madrasie 34,4. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 9 listopada. Egzamin uprawniający do ubiegania się o posadę w publicznéj służbie zdrowia w pierwszych dniach b. m. złożyli pp. Drowie Czesznák ze Lwowa i Wyszatycki z Mościsk.

* Dr. Horbaczewski otrzymał od słynnego chemika, prof. Bayera w Monachijum, list z powinszowaniem odkrycia syntezy kw. moczowego.

* Z ubolewaniem dowiadujemy się o nagłém zasłabnięciu czcigodnego prof. Szokalskiego. Z tego powodu, jak donosi *Medycyna*, odłożono uroczystość uczczenia jego zasług, która miała odbyć się d. 14 b. m.

* Towarzystwo lekarzów czeskich przesłało na ręce kol. Dra Kwaśnickiego podziękowanie dla niego, jako autora sprawozdania o Zjeździe czeskim, oraz dla lekarzów krakowskich z powodu przesłania 300 egzemplarzy wspomnionego sprawozdania.

* Donosi nam kol. Dr. Zawadziński, że c. k. Namiestnictwo reskryptem z d. 26 października zgodnie z wnioskiem Rady zdrowia zezwoliło na otwarcie apteki publicznéj w Krościenku nad Dunajcem (w powiecie Nowotarskim). Koledzy w Szczawnicy praktykujący wiadomość tę zapewne przyjmą z zadowoleniem.

* W mieście Baranowie, w Rzeszowskiém, opróżniona jest posada lekarza miejskiego, połączona z płacą stałą 400 zła., oraz innemi dochodami i wolną praktyką. Informacyj udziela aptekarz tameczny.

* **Wiedeń**. Na posiedzeniu Stowarzyszenia lekarzy dolnoaustryjackich, w d. 8 b. m. odbytém, oświadczył Dr. Gauster, że Statut kasy emerytalnéj Związku stowarzyszeń lekarskich rakuskich uzyskał sankcyję rządową. Według statutu tego każdy członek, należący przez lat 25 do Stowarzyszenia ma prawo do pobierania renty rocznéj jako emerytury; członkowie zaś, którzy przez krótszy przeciąg czasu do stowarzyszenia należeli a stali się niezdolnymi do pracy zawodowéj, otrzymają mniejszą rentę roczną. Również uzyskał sankcyję rządową uchwalony na ostatniém ogólném zgromadzeniu w Gracu Zakład celem wspierania wdów i sierót po lekarzach do Związku należących. Na téjże posiedzeniu uchwalono zaniechać dalszego wydawnictwa pisma *Mittheilungen des Vereines der Aerzte in N. Oe.*, a natomiast członkowie otrzymywać będą pismo: *Oestr. ärztl. Vereinszeitung.*

* Rozprawa nad jodoformem, zapowiedziana od dawna w Tow. lekarskiém, spełzła prawie na niczém, z powodu, że mało kto z licznych członków obecnych na posiedzeniu zabrał głos, tak, że przewodniczący groził zamknięciem obrad; po ponownéem dopiero wezwaniu znalazł się jeden mowca, który dla ocalenia honoru Towarzystwa przemówił, ale i on tłumaczył się, że nie jest przygotowany.

* Prosektorem w szpitalu Rudolfa mianowany został ostatecznie docent prywatny i lekarz pułkowy Dr. Weichselbaum.

* **Berlin**. Virchow zasłabł na zapalenie ostre nerek, ale choroba przebiega pomyślnie.

* **Wiadomości osobowe**. Lekarzami batalijonowymi z rangą lekarzy pułkowych 2giéj klasy mianowani zostali: Dr. Fryderyk Semetkowski w Gracu, Dr. Henryk Blumenfeld przy batalijonie w Wiener Neustadt, Dr. Stanisław Sołtysik w Brodach, Dr. Maurycy Bobek w Żółkwi, Dr. Mieczysław Kramarzyński w Kolbuszowy i Dr. Karol Krejczy w Złoczowie; lekarzami batalijonowymi z rangą lekarzy starszych Drowie: Jan Kończowicz w Wadowicach, Robert Ofner

w Stryju i Ignacy Obłoczyński w Samborze; wreszcie lekarzem asystentem z rangą porucznika dotychczasowy podoficer Dr. wszech nauk lekarskich Leon Jabłiński w Kolbuszowy.

* **Nekrologija.** Dr. Jerzy Critchett, znakomity okulista angielski, umarł d. 1 bm. ze zwyrodnienia nerek. Urodzony w r. 1817, po ukończeniu nauk lekarskich był asystentem profesora anatomii, a późniéj asystentem chirurgicznym, jednak zasłynął dopiero jako lekarz w *Moorfields Eye Hospital*; był on śmiałym operatorem, a praktyka zawdzięcza mu kilka rękoczynów przez niego obmyślanych, jak podwiązanie tęczówki, szew po operacyi groniaka, nowy sposób wydobywania zaćmy.

D. 6 bm umarł w Algierze Dr. Edward Landowski.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 45: Obalińskiego: Zdanie sprawy z ruchu chorych i chorób w klinice chirurg. U. J. za rok 188½ (c. d.); Korczyńskiego: Uwagi i spostrzeżenia kliniczne. IV. O zwyrodnieniu włóknistém tkanin (dok.). — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 45: Jasińskiego: Przewlekłe ropnie okostnéj, próchnienie trzonu kręgowego; Pawińskiego: Przyczynek do nauki o powstawaniu znaczenia i wyczerpania mięśni serca przy wadach zastawek serca (c. d.); Minkiewicza: Choroby przyrządu wzrokowego.

Redakcyja otrzymała:

Dr. RYDYGIER (w Chełmnie): O wycinaniu odźwiernika, Kraków 1882, z 2 tabl. (Osobne odbicie z *Przegl. Lek.*)

Prof. MIKULICZ: O wpływie chirurgii nowoczesnéj na kształcenie uczniów w klinice chirurgicznéj. (Osobne odbicie z *Przegl. Lek.*)

Dr. OBALIŃSKI: Krytyczne uwagi nad dwoma pomyślnemi przypadkami trepanacyi czaszki. (Odbicie z *Przegl. Lek.*)

Tenże: Kritische Bemerkungen zu zwei günstig verlaufenen Fällen von Schädeltrepanation. (Odbicie z *W. med. Woch.* 1882, Nr. 44).

Dr. WIENER: Das öffentl. Gesundheitswesen in allg. Umrissen u. m. kurzer Bezugnahme auf den Kreis Culm. (Odbicie z *Viertelj. f. ger. Med.* 1882) in 8vo str. 26.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Ogłoszenie konkursu.

Na mocy rozporządzenia Wysokiego Wydziału krajowego z d. 11 Października rb. L. 48457 wydanego w skutek uchwały Wysokiego Sejmu z dnia 30 Wrześn a rb., rozpisuje się konkurs na posadę Prymaryjusza oddziału chirurgicznego przy naszym szpitalu.

Posada ta jest stałą, do któréj przywiązaną płaca rocznie 1.200 złr. w. a., z prawem podwyższenia jéj o 200 złr. w. a. po upływie każdych pięciu lat zadowalającéj służby.

Ubiegający się o tę posadę winni wykazać:

1) Wiek, stan i miejsce urodzenia.

2) Uzyskany lub zatwierdzony stopień doktora medycyny i chirurgii, lub wszech nauk lekarskich, na jednéj z Wszechnic państwa austryjackiego, jak niemniéj praktykę szpitalną w dziale chorób chirurgicznych.

3) Dotychczasowe zatrudnienie i znajomość języków krajowych.

Podania wnosić należy najdaléj do końca Listopada rb. na ręce Dyrekcyi Szpitala powszechnego we Lwowie, bezpośrednio lub za pośrednictwem swéj władzy przełożonéj, jeśli kandydat zostaje w służbie publicznéj.

Z Dyrekcyi krajowego Szpitala powszechnego we Lwowie.

Lwów dnia 17 Października 1882 r.

Dr. Głowacki.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „	6 „

Kraków, 25 listopada 1882. **Nr 47.** Rok XXI.

I. Z prosektoryjum szpitala powsz. we Lwowie.

Pęknięcie jelita skutkiem obżarstwa.

Napisał Dr. W. Pisek,

b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

Przypadek, którego opis ośmielam się niniejszém podać, należy ze względów patogenetycznych do nader rzadkich. Przerwanie jelit jest wprawdzie zjawiskiem nieraz napotykaném na stole sekcyjnym, szczególnie w przypadkach urazowych, jak w tym roku już dwukrotnie miałem sposobność przekonać się. Okoliczności jednakowoż sprzyjające w przypadku opisać się mającym niepomyślnemu przebiegowi i zejściu są tego rodzaju, iż zdają mi się być godnemi zastanowienia. Przegląd literatury dostępnéj mi wykazuje, że przypadek ten należy do nader wyjątkowych; podobnego przynajmniéj opisu nie zdarzyło mi się czytać nawet w dziełach sądowo-lekarskich, albowiem autorowie stwierdzają tylko nader ogólnikowo fakt, że przerwanie jelit nieraz i skutkiem rozdęcia gazami może powstać.

Obserwacyja choréj trwała zbyt krótko zaledwie godzin kilka, dla tego téż szczegóły odnośne są nader skąpe. Zawdzięczam je uprzejmości kolegi Dra Fleszara, podaję téż takowe według jego zapisków:

„Chorą widziałem po raz pierwszy o godzinie 5téj wieczór dnia 11 lipca 1882. Opowiadała mi, że dnia poprzedniego zjadła dużo jabłek, gruszek i bobu. Odtąd czuje wciąż bóle w brzuchu. Wymiotów chora nie miała, lecz tylko stolec kilka razy. Badanie wykazuje kobietę dwudziestokilkoletnią dość dobrze odżywioną. Na twarzy miernie sinéj wyraz głębokiego cierpienia. Badanie płuc i serca daje wynik ujemny. Brzuch miernie wzdęty, bolesny na całéj przestrzeni, wypuk stłumiono-bębenkowy. Chora niespokojna, bardzo lękliwa. O godzinie szóstéj podano dwie łyżki olejku rącznikowego, które chora natychmiast wymiotowała. Z tego powodu podano nieco (0·005) morfinu i znów dwie łyżki olejku rącznikowego i zalecono lawatywę (Hegara) z trzech łyżek olejku rączn. i wody letniej (1 litr). Wewnętrznie podano nieco koniaku i zalecono ciepłą kąpiel, poczém chora miała kilka obfitych stolców, uspokoiła się nieco a nawet na chwilę zasnęła. O godzinie jedenastéj żali się na ogromne bóle coraz się wzmagające, lawatywy z letniéj wody są bezskuteczne, pojawiają sie silne niczém niepohamowane wymioty, ogólny zapad a w chwil kilka chora żyć przestaje.“

Oględzin pośmiertnych mogłem dopiero dokonać po upływie blizko 34 godzin, dnia 13 lipca 1881 r..

Zwłoki kobiety dobrze rozwiniętéj i należycie odżywionéj. Skóra sucha z odcieniem żółtawym. Czaszka prawidłowa. Opony miękkie i mózg w całości dość znacznie przekrwione. Klatka piersiowa sklepista. Przepona wysoko ustawiona, znacznie wypuklona ku jamie piersiowéj, sięga do 4go przestworu międzyżebrowego. Płuca oba miejscami poprzyrastane pasmami włóknistemi do ścian klatki piersiowéj, w częściach tylnych sinawe, w dolnych przybrzeżnych łykowate, bezpowietrzne. Przekrój ich przedstawia zresztą zabarwienie ciemno-czerwone, w częściach górnych i przodkowych bledsze, a miąższ cały zalewa się śród przekrawywania mierną ilością pienistéj krwawéj surowicy. Serce małe, wiotkie, rozkurczone, w jamach swych nieco świeżo skrzepłéj krwi zawierające, o śródsierdziu prawidłowém, o mięśniu sercowym nieznacznie tłuszczowo przeistoczonym. Ciężar serca 230grm. Przy nacięciu tuż poniżéj mostka mocno wzdętych powłok brzusznych, zielonkowatych na całym obszarze, ściśle odpowiadającemu rozmiarom jamy brzusznéj, wydobywają się z téjże ze znacznym, kilka sekund trwającym, sykiem, gazy mocno kałem cuchnące. Odwinąwszy następnie nader oględnie płaty powłok brzusznych stwierdzono, że przy otwieraniu jamy brzusznéj ani żołądek ani jelita siecią pokryte nie uległy nadwerężeniu, że zatém

gazy wydobywające się mieściły się wolno w jamie brzusznéj i przyczyniły się w części również do olbrzymiego rozdęcia powłok brzusznych. Sieć duża pokrywała prawie w zupełności od przodu pętle jelitowe, a swym brzegiem dolnym była kilkoma silnemi zrostami włóknistemi przyczepiona do otrzewny ściennéj. W całości sieć była ciemno-czerwoną silnie drzewkowato nastrzykniętą, miejscami nawet pokryta cienką warstwą świeżéj wypociny włóknikowéj. Nadto tak na saméj sieci jak niemniéj po bokach, między jelitami a ścianami brzusznemi leżały okruchy miazgi szarawéj, białawéj, wśród któréj można było łatwo rozeznać zgotowany bób, tu i owdzie zaledwie rozmiękły, prawie całkowicie w swéj cieniutkiéj blado żółtéj, cisawéj łupince utrzymany. Obok tego wśród miazgi zielonkowatéj drobne cząstki łupin (skórki) bobu zgotowanego z charakterystyczną łatwo rozeznać się dającą wnęką. Ująwszy ostrożnie sieć dużą przeciąłem ją poprzecznie i odwinąłem połówki jéj ku górze i ku dołowi. Przy téj sposobności przekonałem się, że istnieje kilka włóknistych zrostów sieci z jelitami i ze ścianami brzusznemi bocznemi. Ułożenie jelit na pierwszy rzut oka prawidłowe. Wszystkie są mniéj lub więcéj mocno gazami wzdęte. Otrzewna ich, prócz znamion nader silnie rozwiniętéj świeżéj sprawy zapalnéj (rozległego drzewkowatego nastrzykania naczyń, miejscami kropkowatych wybroczyn, obecności pokładu świeżéj włóknikowéj drobno strzępiastéj wypociny), okazywała rozległe białawe zgrubienia, a miejscami widoczne nawet są nader silne zrosty poszczególnych pętli jelitowych między sobą. Tyczy się to szczególniéj okolicy jelita ślepego, gdzie w kierunku ku miednicy małéj pętle jelita cienkiego przedstawiały zbity niedający się rozwikłać kłąb. Nie chcąc jednak naruszyć względnego położenia pętli poprzestano w téj chwili tylko na stwierdzeniu otworu w jelicie, którędy treść tegoż do jamy brzusznéj się dostała. Otóż jedna z pętlic, któréj łuk wystawał z kłębu i najdaléj był ku miednicy małéj wysunięty, okazywała **dwa rozdarcia**, których wzajemna odległość do 5cm. wynosiła. Długość pętli téj widoczna, wysterczająca z pod kłębu jelit pozrastanych, wynosi 8—10cm. Wypukłość jéj zwrócona jest ku miednicy, powierzchnią swą dolną i odcinkami, końcowym i początkowym, jest silnie poprzyrastana krótkiemi włóknistemi pasmami do otoczenia, tak iż wymieniona pętla jest prawie w zupełności unieruchomioną. Ta pętla wraz z kilkoma innemi rozmaicie między sobą i z otoczeniem, z kiszką ślepą, z odbytnicą, pozrastanemi stanowi kłąb wielkości blizko główki dziecięcéj, zajmujący wchód miednicy, tak iż prawie niepodobną jest rzeczą wsunąć dłoń w miednicę małą. Owa pętla przerwana sterczy z głębi tego nieruchomego zwoju. W jéj odcinku prawym, zwróconym ku prawéj pachwinie, widoczną jest przerwa poprzeczna całego światła jelita tak iż zaledwie ślad ściany znachodzi się przy krezce, któréj drobny odcinek ledwie jest widoczny. W otworze (w miejscu pęknięcia) ściany jelita nieco wzdętego tkwi gruda miazgi pokarmowéj, wielkości jaja kurzego, złożona z wyraźnie rozeznać się dającego bobu ugotowanego, śladu żółtawego kału i miazgi zielonkowatéj (cząstki owoców spożytych) w części szarawéj. Przy polewaniu wodą oddziela się ta miazga a ze światła jelita wydobywa się, przez widoczny teraz dokładnie otwór, w obfitéj ilości treść zupełnie podobna. Powyżéj otworu wspomnianego na 4cm. w kierunku początku jelita cienkiego znachodzi się drugi otwór kolisty 3cm. średnicy mający tuż przy brzegu krezki, na powierzchni przedniéj (górnéj) pętli. I w tym otworze tkwi taka sama miazga pokarmowa, przeważnie z bobu ugotowanego złożona, zamykając luźno przystęp do światła jelita. Drugi ten otwór w części zasłonięty jest przez ukośnie ułożoną, ponad nim przebiegającą, silnie poprzyrastaną pętlę jelita cienkiego. Bliższe obejrzenie otworu większego wykazało, że zaledwie 5mm. ściany przedniéj i 5mm. ściany tylnéj jelita oddziela przerwę od (brzegu jelitowego) krezki. Brzegi pęknięcia są prawie linijowe, odpowiadające przebiegowi okrężnych włókien mięsnych, których pokład nieznacznie skurczony nie sięga ściśle do brzegu utworzonego wyłącznie przez otrzewnę i błonę śluzową. Odczynu znaczniejszego w częściach przybrzeżnych przerwy nie można stwierdzić. Otrzewna równie przekrwiona jak na innych częściach jelita. Same brzegi po oczyszczeniu ich z treści pokarmowéj również nie przedstawiają znaczniejszych różnic. Prócz nieznacznego obrzęku surowiczego rozciągającego się i na przylegające bezpośrednio części światła jelita, nie uważa się zmian wybitniejszych. Toż samo tyczy się i otworu drugiego owalnego, mniejszego. Nader mozolne a ostrożnie dokonane odpreparowanie kłębu jelit *in situ* wykazuje, że najsilniejsze zrosty usadowiły się tuż po wewnętrznéj stronie jelita ślepego, że przerwanie jelita większe odnosi się do jelita cienkiego na jeden metr powyżéj zastawki Bauhina [1]. I tylko niezwykle licznym zrostom tkanki łącznéj należy przypisać okoliczność, że ten odcinek jelita cienkiego znalazł się w bezpośredniém sąsiedztwie jelita ślepego. Zrosty tworzą miejscami istne pokłady warstwowe z tkanki łącznéj, spajające w téj okolicy poszczególne pętle jelita cienkiego w najróżnorodniejszych kierunkach. Niemniéj widać i ścianę jelita grubego na znacznych przestrzeniach pozrastaną pasmami włóknistemi tak z pętlami jelita cienkiego jak i ze ścianami brzusznemi, tak iż tylko ostrożnie preparując można uzyskać pogląd na przebeg jelit. I w miednicy małéj, w przestworze Douglasa, w sąsiedztwie pęcherza również liczne zrosty z tkanki łącznéj trzew odnośnych. Błona śluzowa jelita cienkiego tak w części, wśród których przerwanie nastąpiło jak i na rozległych przestrzeniach dalszych i bliższych okazuje gruczołki odosobnione znacznie powiększone, wydatne, sterczące ponad powierzchnię w postaci szarawych guzków wielkości główki od szpilki, miejscami szczególniéj w dolnym odcinku jelita biodrowego błona śluzowa jest nieco drzewkowato nastrzykniętą. Treść jelita cienkiego odpowiadała w zupełności téj miazdze, jaka wolno w jamie brzusznéj się znachodziła. W jelicie zstępującém było jednak nieco kału żółtawego. O innych trzewach jamy brzusznéj nie wiele mamy do powiedzenia. Wątroba licznemi zrostami tkanki łącznéj poprzyczepiana do sąsiedztwa, o brzegach tępych, na przekroju brunatnawo żółta, o budowie zrazikowéj zamazanéj, niewydatnéj, sucha, znacznie kruchsza. Wnęka i przyrząd żółciowy nie wykazują zmian. Śledziona o prawidłowych rozmiarach. Torebka okazuje liczne zgrubienia mlecznobiałe nieregularnego kształtu, miąższ jednostajny ciemno czerwony, łykowaty. Nerki nieznacznie bier-

[1] Według zdania Hyrtla ta właśnie część jelita bywa najczęściéj także i treścią przepuklin (*Descriptive Anatomie*, wydanie 13. str. 620).

nie przekrwione; istota korowa miejscami okazuje w znaczniejszym stopniu zmiany tłuszczowe. Miedniczki i moczowody niezmienione. W miednicy małéj, pomiędzy znachodzącemi się tu trzewami, grudy miazgi pokarmowéj, wśród któréj z łatwością rozeznać można bób ugotowany nadto w zaułkach nieco płynnéj ropnéj wypociny obok strzępków świeżego włóknika. M a c i c a nieco większa, ku stronie prawéj pochylona, w tém położeniu zrostami utrzymywana. Mięsień blady, grubszy, twardy, jama macicy, jajniki prawidłowe. P ę c h e r z moczowy niezmieniony.

Rozpoznanie anatomiczne było następujące: *Ruptura intestini ilei duplex ex ingestis. Effusio ingestorum (faba cocta et pyrorum partic.) in cavum peritonaei. Peritonitis fibrinopurulenta acutissima* [1]. *Residua peritonitidis chronicae fibrosae adhaesivae universalis. Concretio ansarum ilei, praecipue ansae dilaceratae in regione intestini coeci. (Perihepatitis, perisplenitis chronica fibrosa). Catarrhus acutus intestini tenuis (praecipue ilei) nec non coli. Residua perimetritidis chronicae cum metritide chronica. Oedema acutum pulmonis utrq. (Atelectasis e compressione marginum infer. poster.* (Dok. nast.).

II. Badania doświadczalne nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim.

Wykonał Dr. Walery Jaworski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

18) D o ś w i a d c z e n i e *s*. (Rozczyn $H_2Mg_2CO_2+Na_2SO_4$).

A) Utworzono rozczyn z 6·670 gr. chem. czystego i wyżarzonego siarkanu magnowego, jakotéż z 11·0028 gr. chem. czystego wyżarzonego węglanu sodowego w 500 kcm. wody przekroplonej i wprowadzano do niego tak długo kw. węglowy (oczyszczając go przez przepuszczenie przez dwie opłuczki zawierające jedna rozczyn sody a druga kawałki marmuru), aż osad zupełnie się wyjaśnił a rozczyn papierków kurkumowych nie zmieniał, papierki lakmusowe jeszcze błękicił. W skutek działania soli na siebie w rozczynie skład odsetkowy tegoż z obliczenia na podstawie powyższych odważonych ilości przedstawia się:

Siarkanu sodowego = 1.558 gr.
Węglanu magnowego = 0·934 gr. (rozpuszczony jako
Bezwodnika siarkowego = 0·889 gr. kwaśny)
Chlorku magnowego = 0·444 gr.

500 kcm. tego rozczynu dano do wypicia o 8 g. 17 m. 17 rano naczczo przy ciepłocie 17°C.; poczém badany spokojnie siedział kiedy po 20 min. nastąpiło obfite wypróżnienie, a

B) O g. 8 m. 48 zdołano wyciągnąć 340 kcm. płynu żółtawego odziaływania alkalicznego. Ciecz ta wykazała następujący skład odsetkowy:

Na_2SO_4 = 1·263 gr.
$MgCO_3$ = 0·624 „ (rozpuszczony w cieczy jako
SO_3 = 0·712 „ kwaśny)
MgO = 0·297 „

Chloru { 31·25kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu $AgNO_3$
czyli 0·1106 gr. Cl.

Obliczenie to wynika z następujących rozbiorów chemicznych:

10 kcm. cieczy żołądkowéj zakwaszonéj kwasem solnym i strąconéj za pomocą chlorku barowego wydały 0·2075 $BaSO_4$.

Zaś 10 kcm. z téj saméj cieczy zagotowane po dodaniu kw. siarkowego, a potém strącone fosforanem sodowym wydały 0·0833 $Mg_2P_2O_7$; a inne 10 kcm. z téj cieczy bez poprzedniego dodania H_2SO_4 strącone za pomocą fosforanu sodowego wydały 0·0823 $Mg_2P_2O_7$.

Jeszcze inne 10 kcm. przesączonéj cieczy żołądkowéj zobojętnione za pomocą kw. azotowego zużyły w dwóch próbach 3·10 i 3·15 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Zmiana w stosunku zawartości odsetkowéj soli cieczy *A* i *B* przedstawia się:

	Na_2SO_4	: $MgCO_3$	
W cieczy zadanéj	1·558	: 0·934	=1·666
„ „ żołądkowéj	1·263	: 0·624	=2·024

z czego wynika, że ilość węglanu magnowego względem siarkanu sodowego znacznie się zmniejszyła i to

$$\alpha = \frac{2·024}{1·666} = 1·215 \text{ razy}$$

ztąd zgęszczenie obydwu soli w cieczy żołądkowéj odniesione do cieczy zadanéj przedstawia wyraz:

$$MgCO_3 \underset{1,215}{<} : Na_2SO_4$$

przyczém zauważyć należy, że liczba 1·215 zastósowana do ilości wessania węglanu magnowego względem siarkanu sodowego może wypaść nieco mniejszą jeżeli nie cała ilość magnu w żołądku znajduje się jako węglan magnowy lecz część jego jako $MgCl_2$; zawsze jednak z ostatniego stosunku wnioskować należy, że wessanie kwaśnego

$$MgCO_3 > Na_2SO_4$$

Dokładniejszy wyraz na różnicę we wessaniu soli magnowéj a siarkanu sodowego otrzyma się, jeżeli w sposób powyższy porówna się nie sole, lecz zmianę zgęszczenia między SO_3 a MgO.

	SO_3	: MgO	
W cieczy zadanéj	0·889	: 0·444	=2·002
„ „ żołądkowéj	0·712	: 0·297	=2·398

Zawartość odsetkowa MgO względem SO_3 w cieczy żołądkowéj zmniejszyła się

$$\alpha = \frac{2·398}{2·002} = 1·198 \text{ razy}$$

a stosunek w cieczy żołądkowéj stał się

$$MgO \underset{1,198}{>} : SO_3$$

a ztąd różnica w stosunku wessania MgO względem SO_3,

$$MgO \underset{1,198}{>} SO_3$$

który to wyraz nie zgadza się z doświadczeniami 12 i 13 jakotéż 7, 8, 9, 10, 11, gdzie wszędzie znaleziono wessanie połączenia magnowego mniejsze, niż siarkanu sodowego lub SO_3; co ma tę przyczynę, że tu użyto węglanu magnowego kwaśnego w obec nadmiaru kw. węglowego, a który to węglan okazuje się jako bardzo łatwo wessalny w żołądku.

19) D o ś w i a d c z e n i e *t*. (Rozczyn $Na_2SO_4+HNaCO_3+H_2MgCO_3+NaCl$).

A) Aby się o zachowaniu węglanu magnowego kwaśnego w żołądku przekonać, powtórzono poprzedzające doświadczenie w ten sposób, że utworzono 1 litr rozczynu z chemicznie czystych, wyżarzonych i przybliżenie odważonych następujących soli: siarkanu magnowego i dwa razy

---

[1]) Ze zapalenie ostre otrzewny musiało już być rozwiniętém, gdy nastąpiło przedarcie jelita, wykażę poniżéj.

tyle węglanu sodowego, a to w celu by się cała ilość $MgSO_4$ zamieniła na węglan magnowy i został jeszcze nadmiar Na_2CO_3; nadto dodano jeszcze do rozczynu chem. czystéj stopionéj soli kuchennéj dla zbadania jéj wpływu na wessanie. Do otrzymanego rozczynu wprowadzano CO_2 (przepuszczony przez rozczyn sody i marmur) dopóty, dopóki osad w téjże nie znikł, a na papierki lakmusowe przestał alkalicznie oddziaływać. 500 kcm. téjże cieczy o ciepłocie 16°C. podano o 8 g. 8 m. rano naczczo do wypicia poczém badany spokojnie siedział aż do następnéj aspiracyi. Obliczenie z rozbioru chemicznego wykazało następujący skład odsetkowy zadanego rozczynu:

SO_3=0·807 gr.
MgO=0·517 „
Na_2CO_3=1·083 „
Na_2SO_4=1·378 „
$MgCO_3$=0·965 „
NaCl=0·901 „
Chloru: { 154·5 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego, czyli 0·5469 gr. Cl.

Co wypada z następujących oznaczeń:

10 kcm. rozczynu strącone za pomocą $BaCl_2$ dały 0·2724 $BaSO_4$;

10 kcm. rozczynu strącone fosforanem sodowym wydały 0·1437 $Mg_2P_2O_7$.

10 kcm. rozczynu zadanego, zagotowano kilkakrotnie, aż się zmącenie więcej nie tworzyło, następnie przesączono, sączek wymyto do oddziaływania obojętnego i całą ilość przesączu zmiareczkowano kwasem solnym dziesiętnonormalnym, którego zużyto do wywołania stałego czerwonego zabarwienia, nie znikającego po zagotowaniu 20·45 kcm. 10 kcm. cieczy zadanéj po zobojętnieniu kw. azotowym zużyły 15·45 dziesiętnonormalnego rozczynu azotanu srebrowego.

B) O 8 g. 39 m. zdołano wyciągnąć jeszcze 450 kcm. płynu białawego ciągnącego się, na papierki lakmusowe działającego alkalicznie, lecz kurkumowych nie zmieniającego w cieczy téj obliczony z rozbioru chemicznego skład odsetkowy wynosi:

SO_3=0·578 gr.
MgO=0·301 „
Na_2CO_3=0·792 „
Na_2SO_4=1·045
$MgCO_3$=0·640 (rozpuszczony w rozczynie
NaCl=0·829 jako kwaśny).
Chloru: { 142·1 kcm. dziesiętnonorm. rozczynu $AgNO_3$, czyli 0·5031 gr. Cl.

Uskuteczniono bowiem rozbiór cieczy żołądkowéj w następujący sposób:

50 kcm. odparowano w łaźni wodnéj a następnie wysuszono przy 120°C. Pozostałość płukano tak długo wodą gorącą przez sączek, aż przesącz przestał oddziaływać alkalicznie. Otrzymano w ten sposób 350 kcm. przesączu czyli siedm razy pierwotnie rozcieńczoną ciecz żołądkową. W téj cieczy uskuteczniono następujące oznaczenia.

75 kcm. przesączu strącone za pomocą $BaCl_2$ dały 0·1839 $BaSO_4$.

50 kcm. tego samego przesączu zużyły w dwóch próbach po 10·7 kcm. kw. solnego dziesiętnonormalnego; inne 50 kcm. przesączu wypotrzebowały w dwóch próbach 10.2 i 1·01 dziesiętnonormalnego rozczynu $AgNO_3$;

10 kcm. pierwotnéj cieczy żołądkowéj dłuższy czas z kw. siarkowym gotowane a następnie fosforanem sodowym strącone wydały 0·0837 $Mg_2P_2O_7$.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Dla zmiany w stosunku zawartości odsetkowéj pojedynczych soli w cieczy *A* i *B* mamy wyrazy:

	SO_3		MgO	
W cieczy zadanéj	0·807	:	0·517	= 1·561
„ „ żołądkowéj	0·578	:	0·301	= 1·920

co znaczy, że ilość magnezyi względem bezwodnika siarkowego zmniejszyła się:

$$\alpha = \frac{1·920}{1·561} = 1·229 \text{ razy}$$

ztąd stosunek zawartości odsetkowéj składników w cieczy żołądkowéj w porównaniu z cieczą zadaną stał się dla

$$MgO \underset{1.229}{<:} SO_3$$

a różnica w ubytku odsetkowym (wessaniu) tych składników:

$$MgO \underset{1.229}{>} SO_3$$

stała się nie tylko zgodną z poprzedzającém doświadczeniem, lecz jeszcze większą.

Dla innych składników w ten sam sposób przeprowadzone porównania przedstawiają się:

	Na_2SO_4		$MgCO_3$ (rozpuszczony jako	
W cieczy zadanéj	1·378	:	0·965	= 1·428 kwaśny)
„ „ żołądkowéj	1·026	:	0·640	= 1·603

co znaczy że stosunek zawartości odsetkowéj $MgCO_3$ względem Na_2SO_4 zmniejszył się

$$\alpha = \frac{1·603}{1·428} = 1·123 \text{ razy,}$$

a sam stosunek cieczy żołądkowéj względem zadanéj będzie

$$(\text{kwaśny})MgCO_3 \underset{1.123}{<:} Na_2SO_4$$

Mając wzgląd na to, że w obec węglanu magnowego w cieczy żołądkowéj znajdował się równocześnie węglan sodowy, że zatém nic węglanu sodowego nie mogło przejść na $MgCl_2$, należy uważać wyraz

$$(\text{kwaśny})MgCO_3 \underset{1.123}{>} Na_2SO_4$$

jako dokładny dla ubytku odsetkowego (wessania) obydwu soli względem siebie po upływie 31 minut. Wynik ten również zgodny z doświadczeniem poprzedzającém.

Podobnie otrzymamy zestawienia dla węglanu sodowego kwaśnego i takiegoż magnowego:

	Na_2CO_3 (kw.)		$MgCO_3$ kw.	
W cieczy zadanéj	1·083	:	0·965	= 1·122
„ „ żołądkowéj	0·792	:	0·640	= 1·237

ztąd

$$\alpha = \frac{1·237}{1·122} = 1·100$$

a zmiana zgęszczenia soli w cieczy żołądkowéj

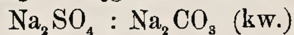
$$\text{kw. } MgCO_3 \underset{1.100}{<:} \text{kw. } Na_2CO_3$$

w skutek tego wyraz dla zachowania się wessania względnego będzie

$$\text{kw. } MgCO_3 \underset{1.100}{>} \text{kw. } Na_2CO_3$$

co znaczy, że wessanie węglanu magnowego kwaśnego w żołądku jest większe niż sodowego, przyczém różnica wessania obydwu soli jest jeszcze większą, niż ją wskazuje liczba 1·100, a to z powodu, że ubytek węglanu sodowego nie tylko pochodzi od wessania ale raczéj po większéj części od zmiany jego na NaCl przez sok żołądkowy.

Dla siarkanu sodowego i węglanu sodowego kwaśnego otrzymujemy:



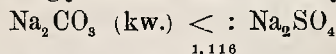
$Na_2SO_4 : Na_2CO_3$ (kw.)

W cieczy zadanéj 1·378 : 1·083 = 1·272

„ „ żołądkowéj 1·045 : 0·792 = 1·319

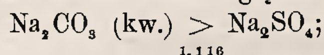
ztąd zamiennik $\alpha = \frac{1·319}{1·272} = 1·116$

a zmiana w zgęszczeniu soli w rozczynie *B*.



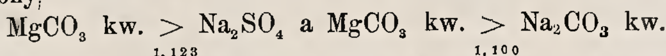
$Na_2CO_3 \text{ (kw.)} \underset{1.116}{<} : Na_2SO_4$

a ztąd wyraz na wessanie względne obydwu soli



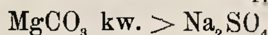
$Na_2CO_3 \text{ (kw.)} \underset{1.116}{>} Na_2SO_4;$

któryto wyraz, oznaczający większe wessanie żołądkowe węglanu sodowego kwaśnego niż siarkanu sodowego, z powodu następującego zestawienia należy uważać jako prawdopodobny,

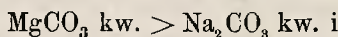


$MgCO_3 \text{ kw.} \underset{1.123}{>} Na_2SO_4$ a $MgCO_3 \text{ kw.} \underset{1.100}{>} Na_2CO_3 \text{ kw.}$

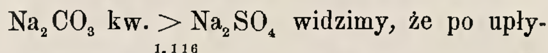
tj. różnica między wessaniem dwóch pierwszych soli jest większa, niż dwóch drugich, dla tego i węglan sodowy kwaśny, jako więcéj zbliżony do najłatwiéj wessalnéj soli ($MgCO_3$ kw.) w większéj ilości bywa wessany niż sodowy. Okazuje się ztąd, że węglany kwaśne są łatwiéj wessalne niż siarkany, że zatém kw. węglowy sprzyja wessaniu żołądkowemu, lecz uwzględniając otrzymaną ilość odsetkową węglanu sodowego (0·792%) w cieczy żołądkowéj w tém a mniejszą w 15 doświadczeniu (0·678%) należy powtórzyć uwagę czynioną w dośw. 16 że węglany kwaśne mniéj pobudzają błonę śluzową żołądka do wydzielania kwasu, aniżeli obojętne; a nareszcie i tu obecność soli kuchennéj pomimo obecności węglanów kwaśnych sprawiła zatrzymanie się większéj ilości płynu w żołądku, niż w dośw. 18, w którém wcale soli kuchennéj nie dawano, zgodnie z wynikami doświadczenia 15 i 17. Mając ostatecznie zestawione następujące wyniki wessania



$MgCO_3 \text{ kw.} \underset{1.123}{>} Na_2SO_4$



$MgCO_3 \text{ kw.} \underset{1.100}{>} Na_2CO_3 \text{ kw. i}$



$Na_2CO_3 \text{ kw.} \underset{1.116}{>} Na_2SO_4$ widzimy, że po upływie pół godziny $\overline{MgCO_3 \text{ kw.} \underset{1.100}{>} Na_2CO_3 \text{ kw.} \underset{1.123}{>} Na_2SO_4}$ bywa wessany. (C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

Prof. Semmola (Neapol): **Jodoform i jego skuteczność w leczeniu chorób płucnych.**

Semmola używał już od dłuższego czasu jodoformu w chorobach płuc i oskrzeli, szczególniéj w procesach połączonych z rozpadem serowatym. Już przed 3ma laty ogłosił dodatnie wyniki swych doświadczeń na Zjeździe lekarzy w Amsterdamie. W ubiegłych trzech latach przekonał się, że spostrzeżenia jego dotychczasowe nad skutecznością jodoformu są prawdziwemi, i że jodoform działa bardzo dobrze w całym szeregu chorób dróg oddechowych, jak np. w zapaleniu płuc oskrzelowo-pęcherzykowém, w zapaleniu oskrzeli, w dychawicy itd. Spostrzeżenia te potwierdzili Ciaramelli, Bufalini i Rummo. Jodoform w zapaleniu płuc oskrzelo-pęcherzykowém, serowatém, sprawia następujące skutki: 1) Odpluwanie znacznie się zmniejsza. Równocześnie zmniejsza się kaszel, a nawet niekiedy ustaje zapewne skutkiem znanego znieczulającego miejscowego działania jodoformu. 2) Wydzielina nagromadzona w oskrzelach lub w małych jamach, powstałych w skutek rozpadu serowatego, ulega dezinfekcyi. 3) Gorączka widocznie z każdym dniem się zmniejsza, co autor przypisuje działaniu odwietrzającemu jodoformu. 4) W niektórych przypadkach widocznem jest ograniczenie procesu chorobowego, a nawet znaczne polepszenie w samym procesie chorobowym miejscowym. 5) Wygląd i stan chorych ogólny widocznie się poprawia, a w przypadkach, gdzie zaczęto leczyć w samym początku choroby, następowało nawet zupełne wyleczenie. Semmola poleca jodoform wewnętrznie w ilości 5 do 50 centigramów na dzień, stósownie do tego, jak przewód pokarmowy znosi ten lek. Najczęściéj zapisuje S. lek ten w pigułkach z *Extr. gentianae*, podając chorym co 2 a najwyżéj co 1 godzinę po 1 pigułce. Jeżeli chorzy źle znoszą jodoform wewnętrznie podawany, poleca Semmola inhalacyje z jodoformu rozpuszczonego w terpentynie, 3 do 4 razy dziennie (według Rummy). Ciarmelli, który potwierdza w zupełności spostrzeżenia Semmoli, zaleca jodoform w następującéj formie: *Rp. Jodoformi 10·0, Plv. Lycopod. 0.40, Extr. Phellandrii 1.00, M. f. pill. decem. DS.* 3 do 5 pigułek na dzień. (*Allg. med. Centr. Ztg.* 1882, str. 856). *Dr. Kopff.*

Kocher: **Najprostsze środki leczenia ran przez bezpośrednie zlepienie bez użycia sączków.**

Do znacznego już zastępu środków przeciwgnilnych, polecanych przez różnych chirurgów, przybywa jeszcze jeden, mianowicie podazotan bizmutu, zalecany przez K. bardzo gorąco. Już dawniéj porzucił K. kwas karbolowy w leczeniu ran, używając zamiast niego 0·2% rozczynu chlorku zynku. Spostrzeżenia bowiem kliniczne pouczają, że w przeciwgnilném ran leczeniu ważną odgrywają rolę zmiany chemiczne, powstające w tkaninach przez zadziałanie na nie użytego środka przeciwgnilnego, utrudniając przez to mniéj lub więcéj rozwój istot zakaźnych na powierzchni rannéj. Otóż doświadczenie przekonało K., że białkan zynku zostawiony na wolném powietrzu gnije dopiero po dniach 30, podczas gdy połączenie białka z karbolem z powodu ulatniania się tego ostatniego ulega gniciu już w dniu następnym. Pod tym więc względem chlorek zynku miałby pierwszeństwo przed kwasem karbolowym. Jednak właśnie z powodu tego silnego łączenia się z białkiem tkanin chlorek zynku działa zawsze żrąco, przeszkadzając przez to czasem bezpośredniemu zlepieniu się powierzchni rannych, nie nadaje się więc do każdéj rany. Nadto doświadczenia Boilleta przekonały, że chlorek zynku nie działa tak trwale przeciwgnilnie jak używane w ostatnich czasach opatrunki proszkowe, a zwłaszcza proszek jodoformu. Jodoform jednak, mimo wielu zalet, ma także swoje ujemne strony. Pomijając już bowiem jego własności trujące, wymagające zawsze znacznéj ostrożności śród użycia tego proszku, ma on i tę wadę, że nie działa wcale z dali tak, że chcąc samym jodoformem uczynić ranę bezgnilną należy całą jéj powierzchnię natrzeć dobrze jodoformem, co znowu przeszkadza bezpośredniemu zagojeniu się a zatém jodoform nie nadaje się do leczenia ran, gdzie nam właśnie zależy na takiém zagojeniu. Z tych powodów szukał K. innego lepszego środka i zwrócił uwagę na podazotan bizmutu, używany od dawna w medycynie wewnętrznéj jako środek ściągający i wstrzymujący nieprawidłowy rozkład treści przewodu pokarmowego. W obec tego zaś, że np. Manneret podawał chorym 8 do 60 gramów bizmutu dziennie bez wywołania zaburzeń, można było wnosić o nieszkodliwości tego środka dla organizmu; chodziło

więc tylko o oznaczenie jego własności przeciwgnilnych, a i pod tym względem doświadczenie przemówiło za bizmutem. Mięso roztarte z proszkiem bizmutu i nalane wodą zwyczajną zostawiał K. kwadrans w spokoju, poczém odlewał wodę mętną a natomiast dolewał czystéj i stawiał naczynie z tym roztworem w ciepłocie 40 stopni. Roztwór taki pozostawał 60 godzin do 6 dni zupełnie czysty, poczém pozostawała na powierzchni powłoka pleśni a zmętnienie całéj cieczy następowało dopiero koło dnia 8 lub 9. Trzustka zmięszana z bizmutem gnije dopiero po 5 dniach, podczas gdy zmięszana z jodoformem ulega gniciu już dnia następnego. Według doświadczeń Mürseta zaś trzustka zmięszana z bizmutem w ilości 10 do 20% ulega gniciu dnia następnego, dodanie zaś do 50% bizmutu wstrzymuje gnicie zupełnie. Nadto przekonał się K., że prątki zaszczepione na galarecie zaprawionéj 10% bizmutu nie rozwijają się wcale.

Opierając się na tych doświadczeniach zaczął K. stósować bizmut w leczeniu ran. Przekonawszy się poprzednio, że bizmut tak samo jak jodoform nie działa całkiem z dali, nacierał najpierw całą ranę proszkiem bizmutu, jednak przy postępowaniu tém bizmut przeszkadzał bezpośredniemu gojeniu się rany, a nadto w 6 przypadkach wystąpiły objawy zatrucia bizmutowego (raz z zejściem śmiertelném) w postaci ostrego zapalenia błony śluzowéj jamy ustnéj, bólu brzucha, biegunki i zapalenia nerek. W moczu tych chorych dał się wykryć bizmut, na dziąsłach i błonie śluzowéj jelit powstawały czarne plamy bizmutowe.

Wkrótce też przekonał się K., że stósowanie tak wielkich ilości bizmutu jest całkiem zbyteczne, i 1% roztworu tego środka wystarcza zupełnie.

Roztwór ten przyrządza K. w ten sposób, że bardzo miałki proszek podazotanu bizmutowego rozciera powoli z wodą aż otrzyma zawiesinę, w któréj bizmut jest rozdzielony zupełnie jednostajnie. Roztworem tym skrapia K. ranę podczas operacyi, a po zespojeniu nakłada wzdłuż szwu gęstą papkę z bizmutu, która wysychając tworzy powłokę dość twardą. Drugą zmianę, jaką K. stósuje w leczeniu ran, jest usunięcie sączków; K. bowiem jest zdania, że sączki niezbędne przy dotychczasowém leczeniu ran przeszkadzają również bezpośredniemu gojeniu się. Aby się ich pozbyć, należy zapobiedz tworzeniu się jakiéjkolwiek wydzieliny w ranie już zamkniętéj. W tym celu tamuje K. przy każdéj operacyi krwotok jak najstaranniéj, przez podwiązanie każdego krwawiącego miejsca katgutem, nadto stara się zbliżyć jak najbardziéj powierzchnie rany w całéj ich rozciągłości za pomocą ucisku wywieranego przez paski elastyczne opatrzone po obu końcach kawałkami plastra lepiącego tak, że dadzą się założyć w dowolnym kierunku, następnie przykłada na ranę gazę zmaczaną w 10% roztworze bizmutu, na to przychodzi wata, ceratka i zwyczajna opaska. Po 1 do 3 dniach, gdy w ranie nie ma już żadnéj płynnéj wydzieliny, zespaja ją K. dokładnie za pomocą szwu, wzdłuż którego nakłada gęstą papkę z bizmutu.

Tym sposobem, nazwanym przez K. metodą szwu następowego, leczył on 36 ważnych przypadków operacyjnych z bardzo pomyślnym skutkiem, jak się to okazuje z następnego zestawienia:

Wypiłowań stawu biodrowego przypad.	5	wylecz.	w 39 do 43 dn.
„ „ kolanowego	„ 4	„	„ 24 „ 47 „
„ „ łokciowego	„ 3	„	„ 18 „ 28 „
„ „ ręki	„ 1	„	„ 34 „
„ „ Choparta	„ 2	„	„ 21 „
„ „ szczękowego	„ 1	„	„ 23 „
Wypiłowanie 1 kości śródstop. przyp.	1	wyleczenie	„ 11 dniach
Amputacyja uda	„ 1	„	„ 32 „
Złamanie powikłane barku	„ 1	„	„ 32 „
Operacyj radykalnych przepuklin	4	„	„ 11 do 25 „
Wycięcie krtani i części połyku	1	w leczeniu, przebieg dobry	
Kastracyi	„ 2	wyleczenie	w 9—11 dn.

Wycięcie nowotworów (*Cystoma mammae; Lymphoma colli; Ranula submental.*) przyp. 3 wyleczenie w 7 do 14 dniach. (*Samml. klin. Vortr.* Nr. 224). *Dr. Schramm.*

Wiadomości pomniejsze.

(X.) **Zacieśnienie pierścionkami palców opuchniętych.** Dr. Fleury zaleca w *Gazette des Hôpitaux* w takim przypadku sposób bardzo pojedyńczy, niekrwawy, niewymagający przepiłowania pierścionka. Palec napuchnięty obwija się tasiemką sprężystą gumianą od jego końca stopniowo aż do pierścionka, nie zostawiając pomiędzy pojedyńczemi skrętami najmniejszego wolnego miejsca i uciska powoli umiarkowanie i łagodnie. Po takiém obwinięciu rękę trzymać należy podniesioną w górę. We 20 minut palec znacznie staje się cieńszym, lecz jeszcze niedostatecznie, dla tego na nowo go się tak samo obwija, trzyma jeszcze przez 20 minut a potém odwinąwszy szybko tasiemkę, zesuwa bez wielkich trudności pierścionek. (*Journal de Thérapeutique*, 20, 1882).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sprawozdanie z Walnego zebrania członków Wydziału lekarskiego Tow Przyj. Nauk w Poznaniu d. 24 czerwca 1882.

(Dokończenie. Patrz Nr. 46).

W dyskusyi nad referatem kol. Kaczorowskiego zabrał pierwszy głos kol. Jerzykowski wspominając o złym skutku chininu w sześciu przypadkach duru, a mianowicie w czterech jelitowego i w dwóch wysypkowego, w których po wyżyciu znacznych dawek chininu (3—4grm.) nastąpił znaczny opadek sił i śmierć. Najwidoczniéj zaś ujemny ten wpływ chininu przedstawił się kol. Jerzykowskiemu w przypadku, gdzie chory na dur zażywając chinin bez skutku po zaniechaniu tegoż doznał polepszenia. Gdy jednakże dziewiątego dnia brat chorego lekarz, skłonił kol. J. do podania 1 grm. chininu, nastąpiła w skutek porażenia serca rychła śmierć.

Według kol. Koszutskiego kwestyja kąpieli w praktyce prywatnéj upada z powodu braku odpowiedniego urządzenia z jednéj, a oporu członków familii z drugiéj strony. Radzi więc trzymać się nadal przemywań, obwijań i okładów zimnych, które nietylko obniżają ciepłotę, ale także i miejscowo błogi wpływ wywierają na bieg chorób. Co do środków wewnętrznych podziela odrazę Oppolzera do wielkich dawek, mianowicie u dzieci, u których nawet po małych dawkach chininu spostrzegał głuchotę i utratę mowy. W zapaleniu płuc nigdy kąpieli nie stosuje, a sposób leczenia kol. K. polega na podawaniu małych dawek chininu z morfinem. Zdaniem kol. Zielewicza dyskusyja nad tym przedmiotem mogłaby kilka zająć posiedzeń, bo gorączka zawsze żywo obchodziła lekarzy. Zastanawiając się nad skutecznością chininu zapytać się trzeba, czego używali przodkowie. Chinin zawsze ważną odgrywał rolę w medycynie, nawet w czasach nihilizmu; a Dietl nie znał prócz niego żadnych innych środków przeciwgorączkowych. Kol. Z. nie przypomina sobie, ażeby kiedykolwiek więcéj nad 1 grm. był podał, bezskuteczność chininu przypisuje fałszowaniu tego środka; sami bowiem aptekarze przyznają się, że nie są pewni, ażali chinin nie jest zanieczyszczony rozmaitemi przetworami pomocniczemi. W salicylu widzi kol Z. środek porażający serce. Salicylanu sodowego nie podawał nigdy w takich dawkach, które sprowadzają upadek sił i śmierć. Co do kąpieli zaś, to nie zgadza się z kol. Kuszutskim, ażeby takowych w prywatnéj praktyce nie można stosować. Kol. Grodzki

wspomina, że 1,5 grm. salicylanu sodowego wywołało ponownie u téj saméj osoby nagły upadek sił, podczas gdy sam bez skutku podobną zażył ilość. Kol. Koszutski przemawia jeszcze za użyciem chininu naskórnie z alkoholem. W końcu zabiera głos gość kol. Dr. Czesznak i objawia swoje zapatrywania na przedmiot, którym jako lekarz szpitalny i to w oddziale chorób wewnętrznych, zajmował się od dawna. Streszcza zaś takowe w ten sposób: Kąpiele są we Lwowie na porządku dziennym nawet w obec zapalenia płuc. Chinin wykluczony, bo po nim jakotéż po salicylanie sodowym nie znachodził Dr. Cz. znacznego obniżenia ciepłoty. Dawał po 1 grm, mianowicie w durze: jest wielkim, nawet fanatycznym zwolennikiem kąpieli, lubo nie tai, że skutek zależny jest od cechy nagminnéj chorób. Kąpiele, których używa, mają najmniéj 22°R. ciepłoty, która następnie obniża się powoli przez oblewanie wodą z nieznacznéj wysokości. Skutki przytém są bardzo dobre, chorzy przebywają dur bez odleżyn, a nawet bez ociekowego zapalenia płuc. Gdy ciepłota ciała po kąpieli opada, chory kąpie się rzadziéj, a gdy opadnie na 38°C., obywa się zupełnie bez kąpieli. Z innych środków, których prócz kąpieli w szpitalu lwowskim w durze się używa, wymienia mleko, koniak, wodę sodową itd. Zadaje się zaś 2 łyżki oleju rącznikowego, jeżeli zatkanie w kiszkach; jeżeli zatkanie jest niżéj, najstosowniejszém natenczas jest wstrzyknięcie przyrządem Hegara. Przebył on sam dwa razy dur leczony w powyżéj wymieniony sposób. Zabójczych skutków chininu i salicylanu sodowego, nie doznawał, zadawając środki te tylko w małych dawkach w obec znacznéj gorączki. Używając zaś ich w połączeniu z 1 grm. salicylu, 0,2 węglanu sodowego, z malemi dawkami chininu, nie spostrzegał nigdy niepokojących objawów. Co do zastrzykiwań podskórnych morfinu w zapaleniu płuc, przyznaje ich skuteczność, ale zachwala więcéj zastrzyknięcie 2% roztworu kwasu karbolowego i to po kilka strzykawek Pravaza, a mianowicie zachwala te zastrzykiwania jako środek znieczulający. Kąpieli pokojowych u warstwy ludności uboższéj naturalnie stosować nie można, nadają się one jednak dobrze w domach warstwy majętniejszéj, chodzi tylko o to, aby mieć ludzi, którym można poruczyć tę czynność. Dr. Kaczorowski twierdzi, że takie samo obniżenie ciepłoty można osiągnąć zalecaném przez niego stosowaniem powietrza zimnego, po którém spostrzegł obniżenie ciepłoty o 1 stopień. Dr. Czesznak pozostawia chorych swych dniem i nocą przy otwartych drzwiach i oknach właśnie dla obniżenia powietrza. Dr. Zielewicz przypomina, że od dawna praktykowano to już we Lwowie, lecz zaniechano téj praktyki, odkąd pewien chory kolega w napadzie gorączki wyskoczył oknem. Dr. Czesznak nadmienia, iż okna teraz są zakratowane, a przypadek ów wydarzył się w czasach, w których zakład znajdował się w lichym stanie. Dr. Kaczorowski wzywa kolegów, ażeby podawali swoje zapatrywania na skutki użycia zimnego powietrza. Uwagą kol. Zielewicza, że dla naszych chorych najlepszém klimatyczném powietrzem jest polskie powietrze, zakończyła się nader ożywiona nad tym przedmiotem rozprawa, poczém niebawem posiedzenie zamknięto, a zgromadzeni uczestnicy podziękowali gościowi za umiejętne przewodnictwo.

Dr. Wicherkiewicz
Sekretarz.

V. Zaraza morowa i cholera na Wschodzie w roku 1881.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 46).

W obec tak groźnego stanu rzeczy, Zarząd służby zdrowia w Konstantynopolu nie mógł pozostać długo obojętnym. Wypadało zaniechać wpatrywania się w uroczy widok Bosforu, zaniedbać przez chwilę słodkiego pławienia się w aromacie dymów papierosowych, przywołać członków rozpierzchłych po Europie i jéj przyjemnych zdrojowiskach i z pośpiechem zająć się spełnianiem sanitarnych obowiązków. Zaledwie więc wiadomość o istnieniu zararazy morowéj potwierdziła się, turecki Zarząd służby zdrowia, porozumiawszy się z delegatami komisyi międzynarodowéj, pospieszył z zastósowaniem wszystkich rozporządzeń i środków ku umiejscowieniu zarazy w jéj ognisku. W. Porta drogą telegraficzną przesłała rozkazy do gubernatora Bagdadu i komendantów wojskowych polecając popierać usiłowania władz sanitarnych, oddając ich rozporządzeniu wszystkie zasoby. W ten sposób, około ognisk zarazy zdołano szybko utworzyć łańcuchy wojskowe, złożone z oddziałów piechoty i jazdy. Pierwszy z takich łańcuchów, zwany miejscowym, otaczał każdy punkt dotknięty. Drugi łańcuch otaczał ogół miejscowości zakażonych. Trzeci wreszcie zewnętrzny, zwany odwrotnym, składały posterunki obowiązane zwracać wszystko, co zdołało ujść baczności pierwszych. Ostatnia ta linija była w związku z systemem kwarantanowym ustalonym w Musseibie, Mohavil i Samawa. Urządzenie tych stacyj sanitarnych, gdzie podróżni musieli przebywać dni 15, było tém konieczniejsze, ile że setki pielgrzymów Szeitów, w większéj części Persów, objęto liniją łańcuchów sanitarnych już w początkach zarazy, i że teraz było niepodobieństwem pozwolić im dalszéj podróży, bez poprzedniego poddania się przepisom kwarantanowym. Ku większéj ostrożności i dla zabezpieczenia Europy i krajów pobliskich Zarząd zdrowia i Rada międzynarodowa nakazały rozciągnąć jeszcze czwarty łańcuch, dokoła całéj prowincyi bagdadzkiéj. Od początku więc 15-dniową kwarantanę ustanowiono w Bassorze dla zabezpieczenia się od strony zatoki perskiéj. Rząd Szacha nakazał powstrzymać pielgrzymkę swych poddanych i zakazał transportu trupów do Mezopotamii urządziwszy posterunek sanitarny w Kasri-Chyrin. Dzięki posterunkom w Tykrycie na Tygrze i w Kifry, zabezpieczono drogi biegnące na północ od Bagdadu ku Sulejmanii i Mussulu. W Syryi linija kwarantan między Eufratem, Alepem i Damaszkiem, przecinała wszelką komunikacyję między Bagdadem i Syryją, obowiązując do 15-dniowéj kwarantany podróżnych przybywających z tamtych okolic. Przestrzeń zaś od Nedzeffu na południe, a mianowicie droga prowadząca do tego punktu przez pustynię do Medyny i Mekki, pozostała otwartą, a to z powodu że pielgrzymka Muzulmanów do Arabii ukończyła się.

Co do środków i sposobów doradzanych i zastósowywanych w celu oczyszczenia miejscowości dotkniętych i zniszczenia tam zarodków choroby, to radzono tu sobie spaleniem odzieży i narzędzi, namiotów i lepianek, słowem niszczono wszystko, co tylko uledz mogło sile ognia. Daléj wypróżniano domy bez różnicy czy one były z cegły lub z kamienia. Lecz w zastósowaniu tego środka napotkano silny opór mianowicie w Nedżeffie, gdzie tylko niektóre domy zdołano wypróżnić i poddać przewietrzeniu. Dotknięci zarazą byli umieszczani pod namiotami lub w wyłącznych ambulansach poddanych najsurowszemu dozorowi sanitarnemu. Wreszcie poddawano wszystkie podejrzane przedmioty oczyszczeniu ogniem lub właściwemi środkami chemicznemi.

W chwili ukazania się strasznéj téj plagi, Zarząd zdrowia wysłał do miejsc dotkniętych zarazą siedmiu lekarzy. Nadto zaangażowano kilku lekarzy i felczerów wojskowych z Bagdadu, w większéj części Europejczyków, którzy już mieli sposobność obserwowania zarazy. W ten więc sposób z liczbą dwudziestu prawie lekarzy można było pospieszyć z pomocą ludności dotkniętéj i uorganizować służbę zdrowia. Wiemy jednak na nieszczęście, jak jest niedostateczną wszelka pomoc niesiona w podobnéj okoliczności, gdzie nie dba się tyle o wyleczenie ile się czuwa nad zastósowaniem środków, mogących złagodzić przynajmniéj samą potęgę złego. I w istocie wszystko, co z całém poświęceniem było stósowaném, okazało się bardzo wątłym środkiem do zapanowa-

nia nad siłą zarazy. Walcząc więc i nie szczędząc starań, czekano z upragnieniem nadejścia silnych upałów, w nich bowiem spodziewano się znaleźć prawdopodobną i naturalną przeszkodę dla szerzenia się złego. Długie bowiem doświadczenie przekonało, że zaraza morowa w Mezopotamii ustępowała sama przez się, gdy ciepłota pory roku doszła do 40° lub 42°C. Ciepłota więc podzwrotnikowa prawie okazała się najpotężniejszym środkiem przeciw zarazie morowéj, będącéj plagą klimatów umiarkowanych. Słowem przeszłoroczna epidemija w okolicach południowo-zachodnich „Irak-Arabi“ (straszna przez swą gwałtowność i niezwykłą śmiertelność, któréj uległo przeszło 20 tysięcy mieszkańców), pozostała jednak uwięzioną w bagnistych okolicach Eufratu. Środki zaś zastósowane przeciwko zarazie stanowiły prawdziwe tylko szranki, oddzielające okolicę dotkniętą od Europy, która w ten sposób mogła być pewną, że międzynarodowa służba zdrowia zrobi wszystko, co jest niezbędne w obec grozy położenia. Ściśle rzecz biorąc podobne zapewnienie wystarcza na dzisiaj. Przyszłość jednak może się stać bardziéj wymagającą, mianowicie gdy przypuścimy, że pewnego dnia porzecze Eufratu zostanie przecież połączone z Mezopotamiją i Syryją drogami szybkiéj komunikacyi. Zniszczenie więc zarazy w głównych jéj ogniskach staje się i jest od dzisiaj koniecznością pierwszorzędną, z którą codziennie winniśmy się obliczać.

W drugiéj zaledwie połowie maja, zaraza w „Irak-Arabi“ uległa pomyślnemu zwrotowi. Nie rozszerzywszy się na poblizkie okolice ustała także w swych pierwotnych ogniskach w El-Zayad i Dżaara. Tylko w Nedżeffie śmiertelność przechodziła liczbę 50 osób dziennie, lecz tylko w częściach miasta niewypróżnionych. Pośród zaś ludności pozostającéj pod namiotami, po za obrębem miasta, choroba nie istniała. Dopiero śród wielkich usiłowań dokonane wypróżnienie domów sprowadziło najprzód obniżenie się liczby przypadków śmierci, a wreszcie w połowie czerwca zupełne zniknięcie choroby. Od téj też chwili Nedżeff jest wolny od zarazy. W pierwszych dniach czerwca choroba poczęła także znikać w Kuffie, Chenafieh i Hamadat, szerząc się jednak z nadzwyczajną gwałtownością w El-Zakra i Dessim. Wreszcie d. 27 czerwca Dr. Cabiades delegowany przez Komisyję sanitarną do Dżarra, doniósł Zarządowi centralnemu, że na całéj przestrzeni teatru epidemii zauważano jeszcze 22 przypadków śmierci, i dwa nowe pojawy zarazy. Były to już jednak przypady łagodniejsze, którym głównie uległo pokolenie Arabów Miszab. Z liczby kilkunastu lekarzy tak cywilnych jak i wojskowych, jeden tylko uległ zarazie morowéj, nabywszy jéj na noclegu pod namiotem Szecha pokolenia Miszab. Była to widoczna nieostrożność ponieważ wiedziano, że pod tym samym namiotem kilka już osób padło ofiarą zarazy.

W ciągu 1881 roku średnia ciepłota w Irak Arabi była niższą niż zwykle. a nadejście upałów bardzo się opóźniło. I tak w końcu maja średnia ciepłota w Nedżefie nie przechodziła 30°C., a w połowie czerwca doszła tylko do 35°C. Wiadomo jednak, że zwykle w podobnéj epoce ciepłota w okolicach dolnego Eufratu dochodzi do 40°C. i wyżéj. Temu obniżeniu się ciepłoty towarzyszyły częste i obfite deszcze, niekiedy burze i trąby powietrzne, w innych latach rzadko tu spostrzegane.

Kiedy jednak i w jaki sposób wybuchła zaraza, jakie były jéj postęp, formy kliniczne, siła i stosunek śmiertelności, jaki stopień i sposób zaraźliwości, słowem jakie szczegóły cechowały zarazę morową w Irak Arabi w r. 1881? o têm nie posiadamy dotąd żadnych wiarogodnych sprawozdań. Tego jednak oczekuje ogół lekarski, i należy się spodziewać, że turecki Zarząd służby zdrowia pospieszy z uporządkowaniem dowodów, które posiada, i odpowie słusznym wymaganiom. Na têm jednak nie koniec. Bo jakkolwiek zaraza morowa ustąpiła ze srogo doświadczonych okolic, to jednak wszystko nakazuje myśleć o przyszłości mogącéj sprowadzić wybuch nowych przyczyn żałoby, przerażenia i ostatecznéj ruiny i tak już zdziesiątkowanéj ludności. Dla zabezpieczenia się więc przed jéj strasznym powrotem wypada aż do przesady posunąć środki ostrożności. Nie dość więc będzie zniszczyć wszystkie przedmioty i cały materyjał podejrzany o zetknięcie się z zarodkiem zarazy. Wprawdzie to słowo „zarodek“ nie tłumaczy ani natury ani powstania złego, wskazując zaledwie swe wydzielenie się z osób zakażonych. Lecz te wydzieliny z wyższego ustroju, jakim jest człowiek, są tak liczne i tak rozmaite, że nasycając sobą wszystkie pierwiastki pozaustrojowe, jak powietrze, wodę, grunt, odzież, mieszkanie itd., być może, że przenikają i do wnętrza, do krwi i płynów, niebędących czém inném jak wodą, owém ogniskiem sprzyjającém powolnemu rozwijaniu się żyjątek przed dostaniem się ich do warstw powietrznych. Jeżeli jednak od téj teoryi nie zbyt popularnéj i nielitościwéj w swém ścisłém zastosowaniu przejdziemy do praktyki, to cała kwestyja stanie się bardziéj prostą. Dzisiaj bowiem po ustąpieniu zarazy, byłoby stosownêm zmniejszyć nieco siłę ostrożności sanitarnych, praktykowanych w odległych punktach. Egipt dał już tego przykład ograniczając się do obserwowania 24-godzinnéj kwarantany dla statków przybywających z Bombaju i Jemenu. To samo prawdopodobnie uczyni i turecki Zarząd służby zdrowia. Jednak wypada się spodziewać, że ta wolność sanitarna nie zostanie rozciągniętą (jak to zwykle bywało) na towary podejrzane, jak wełna, skóry itd., które przez długi czas należy poddawać ścisłemu dozorowi. Takiemu postępowaniu przyklasną wszystkie umysły nie kierujące się samym tylko interesem, lecz mające na uwadze i zdrowie publiczne, kwestyję tak ważną dla każdego społeczeństwa.

Po ustąpieniu zarazy morowéj z okolic Mezopotamii, nie podlega teraz żadnéj wątpliwości, że porzecze Tygru i Eufratu, a mianowicie doliny Irak-Arabi, stanowi ognisko endemo-epidemiczne strasznéj téj plagi. Ponieważ zaś podług doświadczeń zebranych w ostatnich latach przekonano się, że choroba może odrodzić się ze swych popiołów, więc têż międzynarodowy Zarząd służby zdrowia postanowiłw jednêm z miejsc téj okolicy utrzymywać stale lekarza oznajomionego już z zarazą, któryby badał najlżejsze jéj zjawiska, zawiadamiając rząd natychmiast po dostrzeżeniu pierwszych pojawów. Za miejsce pobytu dla urzędnika służby zdrowia przeznaczono czasowo Nedżeff.

Wzmianką o powyższéj decyzyi zakończę pogląd na zarazę morową w roku 1881. Czynię to zaś z tym większym pośpiechem, że mam jeszcze opowiedzieć rozwój i przebieg innéj klęski niebezpieczniejszéj dziś dla Europy od tylko co wspomnianéj śmierci czarnéj. Plagą tą jest cholera wschodnia.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 21 bm. posiedzenie, na którém fizyk miejski Dr. Buszek zdał sprawę z czynności załatwionych przez biuro lekarskie miejskie

od ostatniego zebrania się i podał cyfry odnoszące się do chorobliwości i śmiertelności w Krakowie w ostatnich tygodniach, z czego pokazuje się, iż nader pomyślny stan zdrowia publicznego utrzymuje się ciągle, i że choroby zakaźne pojawiają się bardzo rzadko a z przebiegiem łagodnym. R. m. Dr. Jordan poruszył sprawę trafiających się niekiedy nadużyć w sprzedaży wód mineralnych. Poruczono fizykowi miejskiemu przedstawić Komisyi wnioski celem dokładnego wykonania istniejących w téj mierze ustaw i przepisów.—R. m. Dr. Domański zdał sprawę z obecnego stanu sprawy wodociągowéj. Jak wiadomo poszukiwania wstępne przez p. inżyniera Władysława Klugera dokonane wykazały, iż wody gruntowéj dla wodociągów spodziewać się można jedynie w dolinach Białuchy, Rudawy i Sanki. Przystępując do poszukiwań szczegółowych bito w miejscach za odpowiednie uznanych studnie zwyczajne i czerpano z nich wodę do rozbioru chemicznego, którego z największą dla sprawy życzliwością podjął się prof. Stopczański. Jeżeli badanie chemiczne nie wykazało wody stósownéj, zaprzestawano dalszéj roboty i przenoszono się na inne miejsce; jeżeli zaś przeciwnie woda gruntowa okazała się dobrą, oznaczano dokładnie jéj ilość w danym gruncie tym sposobem, iż wybierano naprzód wielką studnię główną a w pewnych odległościach od niéj studnie poboczne. Następnie czerpano wodę pompą podwójną, poruszaną siłą czterech koni, i uważano na czas potrzebny do zupełnego wyczerpania wody oznaczonéj dokładnie co do ilości na czas potrzebny do powtórnego napełnienia się studni wodą i na zmianę zwierciadła wody w studniach pobocznych. Wypadek tych poszukiwań był następujący: woda gruntowa z doliny Białuchy ze wsi Pękowic i woda gruntowa z doliny Rudawy z pod skały Kmity zawierają w sobie w znacznéj ilości kwas azotowy i azotawy tudzież ślady amoniaku, a tém samém nie kwalifikują się całkiem do wodociągów; natomiast woda gruntowa z Baczyna z doliny Sanki okazała się znakomitą. Niestety ilość jéj jest za mała dla Krakowa, gdyż ścisłe badanie kilkakrotne wykazało niewątpliwie, iż dolina Sanki w Baczynie dostarczyć może na dobę zaledwie 2400 metrów sześc. wody, gdy Kraków potrzebuje w tym czasie koło 9000 m. sz. Nie ma przeto obecnie żadnéj nadziei, aby przyszłe wodociągi krakowskie można zaopatrywać wodą gruntową, a tém samém nie pozostaje nic innego, jak myśleć stanowczo o zaprowadzeniu wody źródlanéj. Komisyja wodociągowa uznała gruntowność prac i wywodów p. Klugera i postanowiła czekać na ukończenie trasy przyszłych wodociągów z Regulic do Krakowa, nad czém pracuje obecnie budownictwo miejskie, tudzież na plany i kosztorysy na podstawie téj trasy przez p. Klugera wygotować się mające. — Daléj doniósł r. m. Dr. Domański, iż przedłożył Radzie miejskiéj projekt instrukcyi dla miejskiéj służby zdrowia w Krakowie przez Komisyję sanitarną wypracowany, że go Rada miejska przyjęła *en bloc* na rok jeden dla wypróbowania i poczynienia w razie potrzeby zmian odpowiednich. Przedstawił następnie tenże radca miejski ułożony przez siebie na podstawie dawnego statutu a z uwzględnieniem teraźniejszych potrzeb i stosunków wypracowany projekt urządzenia komisyi sanitarnéj. Projekt ten przyjęto z bardzo nieznacznemi zmianami i postanowiono przedłożyć Radzie miejskiéj. Nakoniec wniósł tenże radca miejski, aby komisyja sanitarna wypracowała plan żywienia ubogich kosztem gminy podczas epidemii lub niedostatku. Wniosek ten jednomyślnie przyjęto i przekazano do opracowania wnioskodawcy w porozumieniu się z fizykiem miejskim.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 5—11 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 29,0 (21,4 z. t.). Z płonicy umarło 0 (1 z. t.); z błonicy 0 (2 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); z wścieklizny 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach odry. W tygodniu od 29 października do 4go listopada w Londynie zapadło na ospę 7, umarło 0, leczyło się w szpitalach 76. W Wiedniu umarło z ospy 3, w Paryżu 4, w Granadzie 15, we Lwowie 13, w Warszawie 17, w Madrycie 23. Dur brzuszny złagodniał w Paryżu. Umarło 125 (173 z. t.); leczyło się w szpitalach 2085. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Maladze po 2, w Madrycie 4. W Aleksandryi umiera wiele osób z gorączki durzycowéj, z czerwonki i biegunki. W Malmoe złagodniała czerwonka. Zapadło na nią od 16—22 października 21.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 29 października do 4 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 21,4; we Lwowie 41,7; w Poznaniu 27,6; w Wiedniu 22,6; w Budapeszcie 22,8; w Pradze 25,9; w Tryjeście 25,2; w Berlinie 23,2; w Wrocławiu 27,2; w Gdańsku 26,0; w Mnichowie 25,6; w Dreźnie 22,4; w Lipsku 22,0; w Bazylei 16,3; w Brukseli 21,4; w Amsterdamie 21,8; w Hadze 19,0; w Paryżu 23,1; w Londynie 20,1; w Kopenhadze 22,5; w Stokholmie 23.8; w Chrystyjanii 16,2; w Odesie 30,7; w Wenecyi 31,1; w Bukareszcie 27,6; w Madrycie 34,8; w Lizbonie 28,9; w Aleksandryi 50,8; w Bombayu 27,1; w Madrasie 35,0. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 23 listopada. D. 18 bm. odbyło się w Tow. lek. warsz. uroczyste uczczenie 25-letnich zasług Dra Wiktora Szokalskiego na urzędzie sekretarza stałego oraz członka zarządzającego kasą wsparcia. Prezes Tow. Dr. Orłowski wręczył jubilatowi dyplom na Członka honorowego, a wiceprezes Dr. Gepner odsłonił portret jego, pędzla Horowitza, odznaczający się łudzącém podobieństwem, poczém Dr. Kośmiński śród oklasków zebranych lekarzy i przyrodników w dłuższém przemówieniu przedstawił szczegóły z życia jubilata. Po téj uroczystości udano się na wieczerzę, podczas któréj liczne wznoszono toasty, i zebrano kwotę 150 rubli, mającą stanowić fundusz na założenie pracowni mikroskopowéj dla celów sanitarnych. Wreszcie redakcyja *Gaz. Lek.* ogłosiła konkurs na najlepszą bijografiję Szokalskiego, przeznaczając na ten cel honoraryjum 150 rubli. *(Kur. Warsz.)*

Żałować wypada, że Tow. lekarskie krakowskie nie otrzymało zawiadomienia o dniu, w którym uroczystość ta odbyć się miała; byłoby ono zapewne korzystało ze sposobności, aby szan. Jubilatowi, a swemu Członkowi honorowemu, dać ponowny dowód swego wysokiego poważania. Nie pozostaje nam więc, jak choć *post festum* wynurzyć szan. Jubilatowi i swoje serdeczne życzenia i zapewnić Go, że uczucia, którym w tak świetny sposób dali wyraz koledzy warszawscy, podzielają w zupełności i lekarze galicyjscy. Bodajby więcéj było u nas takich pracowników nieznużonych, prawdziwie zasłużonych, a zarazem tak skromnych, jak czcigodny nasz Szokalski!

* Otrzymaliśmy pismo następujące:

Szanowny Panie Redaktorze!

Przeglądając nowsze prace wchodzące w zakres mojego zawodu z prawdziwą przyjemnością wziąłem do ręki publikacyję polską p. t.: „Niedole dziecięce", wydaną w bieżącym roku w Warszawie w drukarni Noskowskiego (str. 274), a która jest owocem zbioroweéj pracy pp. Goltza, Moldenhawera, Markiewicza, Kosmowskiego i Wierzchlejskiego. Nie tu jest miejsce, abym podawał szczegółową ocenę całéj téj publikacyi, któréj zalety uznały już nasze pisma peryjodyczne. Nie mogę jednak pominąć milczeniem rozdziału odnoszącego się do zakładów leczniczych dla dzieci podanego przez Dra Wiktora Kosmowskiego (Rozdział 10, str. 185), albowiem ta część dzieła nas lekarzy może najwięcéj obchodzi.

Przeczytawszy artykuł ten zdziwiłem się, że Dr. Kosmowski podając szczegółowe opisy licznych szpitali dziecięcych na obu półkulach ziemi, ani jednêm słowem nie wspomniał o istnieniu takichże szpitali u nas (w Krakowie, Poznaniu i Lwowie). Lecz zdziwienie moje rozwiało się po chwili, gdy sobie przypomniałem, że podobny opis historyczny szpitali dziecięcych już gdzieś czytałem, a dopomagając pamięci wziąłem do ręki dzieło Gerhardta: „*Handbuch der Kinderkrankheiten*" Tom I z r. 1877, z którego przekonałem się, że artykuł Dra Kosmowskiego jest dosłownem tłumaczeniem pracy prof. Rauchfussa, wydanéj w powołaném dziele pod tytułem: „*Zur Geschichte der Kinderheilkunde*" od str. 467 do 478. Ponieważ w rozprawie téj prof. Rauchfussa nie ma wzmianki o szpitalach dla dzieci znajdujących się w krajach polskich, naturalną więc jest rzeczą, że i w dosłowném tłumaczeniu o nich mowy być nie mogło.

Nie czyniąc żadnego zarzutu Drowi Kosmowskiemu z tego tytułu, że uznał za stósowne przełożyć na język polski znakomitą i przez ludzi zawodowych wysoko cenioną pracę prof. Rauchfussa, nie mogę jednak pominąć następujących uwag.

W tłumaczeniu dosłownêm prac naukowych z obcego języka przyjętym jest powszechnie zwyczaj, że o têm zawiadamia tłumacz czytelników, mniéj obeznanych z literaturą przedmiotu. Dr. Kosmowski wprawdzie na początku artykułu swego (str. 186) podaje w odsyłaczu, że „szczegóły historyczne poczerpnięte są z pracy Rauchfussa“. Mojêm zdaniem na owém miejscu należało zaznaczyć, iż cały artykuł z wyjątkiem opisu szpitali warszawskich jest dosłownêm tłumaczeniem pracy Rauchfussa.

Jeżeli Dr. Kosmowski pragnął zapoznać szerszą publiczność z historyją zakładów dla dzieci, to z zadania swego byłby się wywiązał o wiele lepiéj biorąc do przekładu nie starsze wydanie Gerhardta z roku 1877, lecz nowsze z roku 1881. W têm nowém wydaniu w poszycie IV znajduje się uzupełniona i gruntowniéj obrobiona praca prof. Rauchfussa, odnosząca się do zakładów leczniczych dla dzieci. Z tego to nowszego źródła literatury niemieckiéj sporządzone tłumaczenie dałoby sposobność naszéj publiczności polskiéj miłującéj dziatwę dowiedzenia się nie tylko o istnieniu szpitali dla dzieci w Paryżu, Londynie, o stacyi nadmorskiéj w Via-Reggia, o pływającym na okręcie szpitalu w Nowym Yorku, ale także (co zapewneby wielu z naszych czytelników obchodziło) o istnieniu odpowiednio urządzonych, a przez niemieckiego autora należycie ocenionych szpitali dla dzieci w Krakowie, Poznaniu i Lwowie.

Z poważaniem

Kraków d. 20 listopada 1882 r. Dr. Maciej Leon Jakubowski.
profesor kliniki pedyjatrycznéj,
dyrektor szpitala św. Ludwika dla dzieci w Krakowie.

* W sprawie Tisza-Eszlarskiéj otrzymaliśmy bardzo obszerny akt, wystosowany przez obrońców do Sądu z zażaleniem przeciw niewłaściwemu postępowaniu sędziego śledczego. Akt ten zawiera także ostrą krytykę sprawozdania lekarskiego z sekcyi sądowéj, odbytéj w d. 19 czerwca r. b. na zwłokach kobiety, znalezionéj w Cisie. Jakkolwiek przed kilku już tygodniami otrzymaliśmy ze źródła bardzo poważnego szczegóły, tyczące się owéj sekcyi, to jednak, przywykli do karności sądowéj i mając w pamięci przepis obowiązujący w zachodniéj połowie monarchii, według którego nie wolno ogłaszać żadnych wiadomości o dochodzeniu, dopóki ono nie jest ukończonêm, nie korzystaliśmy z udzielonych sobie wiadomości, w przypuszczeniu, że i we wschodniéj połowie monarchii podobny obowiązuje przepis. Pokazuje się jednak, że w Węgrzech wszystko się dzieje inaczéj, aniżeli u nas, albowiem wspomnione wyżéj zażalenie obrońców, będące właściwie aktem oskarżenia sądownictwa węgierskiego, opiera się głównie na orzeczeniu prof. chirurgii w Budapeszcie, Dra K o v a c s a, wydanêm na żądanie obrony, na orzeczeniu drukiem ogłoszonêm a ostro dosyć krytykującêm sprawozdanie znawców, wezwanych do sekcyi. Nadto temi dniami ukazała się w Budapeszcie broszura niejakiego Dra G l a u d i u s a (może pseudonima), król. lekarza sądowego, która sprawozdanie to jeszcze ostrzejszéj poddaje krytyce. Wreszcie w Nrze 46 *W. med. Blätter*, który nas właśnie doszedł, znajdujemy protokół sekcyjny i orzeczenie pierwszych znawców, oraz opiniję prof. K o v a c s a, dosłownie podane, razem z kilku uwagami wstępnemi pod szumnym nieco tytułem: „S p r a w a T i s z a - E s z l a r s k a w o b e c m e d y c y n y s ą d o w é j“. Wypadałoby raczéj napisać, „w obec medycyny sądowéj w Węgrzech“, bo sąd każdego nieuprzedzonego musi być potępiającym. Dochodzenie sprawy tak głośnéj powierzono młodzieńcowi, który nawet nie jest sędzią, który do oględzin pośmiertnych trupa, będącego głównêm licem, zawezwał dwóch doktorów medycyny, z których atoli jeden jest — dentystą! Orzeczenie tych dwóch znawców sądowych dowodzi, że nie mieli niestety pojęcia o całém brzemieniu zadania, którego się podjęli zapewne w dobréj wierze, i że zapewne nigdy jeszcze nie odbyli sekcyi trupa z wody wydobytego; dowodzenie pozbawionêm jest podstawy umiejętnéj od początku do końca. Rzecz jednak dziwniejsza, że Sąd nie zasięgnął zdania Wydziału lekarskiego w Budapeszcie; zdaje się, że we wschodniéj połowie monarchii pomijają Wydział nawet w sprawach tak ważnych. Pozostawiono obrońcy udać się ze swéj strony po zdanie do jednéj ze znakomitości peszteńskich; katedra medycyny sądowéj w Budapeszcie od dwóch lat prawie jest opróżnioną po śmierci prof. Ruppa; obrońca więc udał się do prof. chirurgii. Kovacs wytknął liczne usterki w sprawozdaniu sądowo lekarskiém, ale pomimo wszelkiego poważania dla chirurga budapeszteńskiego, nie zgadzamy się z nim co do kilku ważnych szczegółów. Powiedzielibyśmy niemal, że obrońcy i ze stanowiska sądowo-lekarskiego rzecz lepiéj przedstawiają, aniżeli prof. Kovacs, a ztąd domyślamy się, że musieli się radzić znawcy, którego nie wymieniają, zapewne dla tego, że nie jest Węgrem. Bądźjakbądź sprawa tisza-eszlarska odsłoniła całą nieporadność sądów węgierskich i znawców tamecznych; u nas sprawa podobna już dawno by była załatwioną, a orzeczenie lekarskie licowałoby z zasadami nauki i byłoby bezwzględnie przedmiotowém. Pod względem sądowo-lekarskim dowodzi ta sprawa, że do ocenienia przypadków ważniejszych nie wystarcza doświadczenie pierwszego lepszego praktyka, ani nawet wiedza znakomitości chirurgicznéj; że do tego potrzeba doświadczenia zawodowego, którego brak (bo nie przypuszczamy złéj woli) spaczył śledztwo, zwróciwszy je na mylne tory. Obrona żąda ekshumacyi zwłok i ponownych oględzin przez znawców kompetentnych; jakkolwiek po upływie pół roku prawie oględziny wykonać się mające na zwłokach mocno zgniłych nie obiecują wielkiego rezultatu, to jednakowoż badanie dokładne kośćca może być skutecznêm przynajmniéj pod względem oznaczenia wieku, a więc przyczynić się do stwierdzenia tożsamości; czy Sądy węgierskie przyznawszy się otwarcie do popełnionego błędu zarządzą oględziny ponowne i czynność tę poruczą odpowiednim znawcom, dowiemy się niezadługo[1].

* **N. York** Znakomity nerwopatolog S é g u i n dotknięty został katastrofą familijną. W napadzie obłąkania żona zastrzeliła troje dzieci swoich a potém siebie samą. Séguin podobno nie wiedział, że żona jego jest obłąkaną.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin** Prof. V i r c h o w odzyskał zdrowie, a nawet już zaczął wykładać. — Klinika F r e r i c h s a ma dodanych sobie 3ch asystentów, między nimi dwóch jest profesorów: E h r l i c h i B r i e g e r; 3cim jest Dr. K r o e n i g. W klinice L e y d e n a 4ch jest asystentów; w zakładzie anatomii patologicznéj także 4ch, z których jeden jest profesorem (S a l k o w s k i), a wszyscy znani powszechnie w nauce (I s r a e l, G r a w i t z i J ü r g e n s).

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktora w. n. lek. otrzymał w Uniw. Jagiell. p. Zygmunt Michał Prus K n i a z i o ł u c k i ze Strzałkowic w Galicyi.

* **Nekrologija.** W Wiedniu umarł temi dniami w 67 roku życia Dr. Karol S t i a s n y, któremu przyznać należy wątpliwą zasługę, że przed 40 laty był pierwszym w Wiedniu lekarzem, który zaczął ogłaszać się w dziennikach politycznych jako specyjalista w „chorobach tajemnych“ i przez długi szereg lat bez przerwy z anonsami jego można się było spotykać we wszystkich prawie dziennikach stolicy.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 46: Wady rozwojowe organów moczopłciowych: B r o c h o c k i e g o, W a s s e r z u g a i M a t l a k o w s k i e g o: *Ectopia vesicae urinariae* (3 przypadki); J a s i ń s k i e g o: Przewlekłe ropnie okostnéj, próchnienie trzonu kręgowego (dok.); P a w i ń s k i e g o: Przyczynek do nauki o powstawaniu zmęczenia mięśni serca (dok.). — W *Medycynie* Nr. 46: O b a l i ń s k i e g o: Zdanie sprawy z ruchu chorych i chorób w klinice chirurgicznéj Uniw. Jag. w r. 1881/2 (c. d.); T a l k i - H r y n c e w i c z a: Ośmiodniowe zatrzymanie główki i łożyska 8-miesięcznego płodu bez żadnego odczynu w jamie macicznéj.

[1]) W numerze przyszłym powrócimy do téj sprawy i ocenimy ją ze stanowiska sądowo-lekarskiego.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co obota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 2 grudnia 1882. **№ 48.** Rok XXI.

I. Z oddziału chorób wewnętrznych Doc. Dra Pareńskiego.

Dur brzuszny *(Typhus abdominalis)*.

Sprawozdanie z przypadków leczonych w szpitalu św. Łazarza w latach 1876—1880 [1]).

Napisał Dr. Wiktor Żelazowski,
sekundaryjusz szpitala św. Łazarza.

(Dokończenie. Patrz Nr. 17).

R o k o w a n i e. Jeżeli w któréj chorobie, to w durze brzusznym rokowanie powinno być bardzo oględne. Z przytoczonych przypadków śmierci okazuje się, iż chorzy umierali albo jedynie w skutek następstw wysokiéj gorączki bez żadnych powikłań, albo w skutek nieprawidłowości w objawach miejscowych właściwych durowi, odbywających się w kiszkach *(perforatio subs. peritonitide)*, albo wreszcie w skutek przyplątania się spraw chorobowych następowych. Ani wysoki stopień gorączki, ani groźne przypady nerwowe nie są w stanie same przez się podać wskazówki, jak należy rokować. Wiek chorego ma tutaj bardzo wielkie znaczenie, jak również lepsze lub gorsze odżywienie chorego. Najgorszym znakiem prognostycznym podczas duru brzusznego jest tętno częste i drobne; przypad ten świadczy o osłabionéj czynności serca i każe zawsze źle rokować. Powikłania, jak zapalenie płuc dławcowe, odleżyna rozległa itp. pogarszają rokowanie.

L e c z e n i e. Dur brzuszny jest chorobą typową, to znaczy, że chory dotknięty właściwym durowi przyrzutem i u którego zmiany chorobowe w kiszkach już się rozpoczęły, musi przebyć wszystkie okresy choroby. Zmianom tym ani nie można zapobiedz, ani też ich usunąć, gdy już się raz rozpoczęły. W krótkości zamierzam tutaj podać sposób leczenia duru brzusznego, jaki jest w użyciu w oddziale chorób wewnętrznych.

Chorych na dur brzuszny nie skupiano w jednéj tylko sali, lecz przeciwnie umieszczano ich pomiędzy chorymi innymi, aby tym sposobem nie tworzyć ogniska zarazy.

Pierwsze i najważniejsze wskazanie lecznicze stanowiło używanie środków mających na celu obniżenie ciepłoty ciała, i w ogóle zmniejszenie przypadków gorączkowych.

O hydroterapii w szpitalu naszym myśleć nawet nie można było, szpital bowiem pod względem możności robienia kąpieli na salach jest jak najgorzéj urządzony; wodociąg z zimną wodą jest tylko do kuchenki doprowadzony, o wodociągach z ciepłą wodą nawet marzyć nie można, a posługa szpitalna jest tak szczupła i licha, że przy obecności kilkunastu chorych wymagających leczenia wodą i użyciu hydroterapii reszta chorych musiałaby pozostać bez żadnéj posługi. Leczenie wodą ograniczało się zatém tylko do obmywania częstego chorych wodą z octem, w razie, jeżeli ciepłota ciała przechodziła 39°C.

Przeciw gorączce podawano przeważnie chinin, a mianowicie w 132 przypadkach. Pośród tych 132 przypadków tylko u 11 chorych spostrzeżono wyraźny i znaczny nawet spadek gorączki, dłużéj się utrzymujący. Jak przeto widzimy trwały spadek gorączki po chininie w większych dawkach należał w durze brzusznym do rzadkich zjawisk. Wpływ chininu w większych dawkach na obniżenie k i l k o g o d z i n n e ciepłoty podczas téj choroby w naszych przypadkach najzupełniej został stwierdzony. Jedynym złym skutkiem, jaki sprawiał chinin, było owo rozdrażnienie, które już w kilka godzin po użyciu większéj dawki następowało i zwiększenie liczby uderzeń serca. W niektórych razach nawet występował upadek sił chwilowy; tę jedyną niedogodność ma zadawanie chininu podczas duru brzusznego. Chinin zadawano w proszkach 0·35gm. lub w rozczynie w téj saméj ilości, a dawek takich użyto czterech do dziewięciu dziennie, co dziesięć lub piętnaście minut w godzinach popołudniowych lub

[1]) Sprawozdania niniejszego, rozpoczętego w Nrze 15. 16 i 17 Przeglądu Lekarskiego, z powodu wyjazdu mego do Karlsbadu nie mogłem wcześniéj ukończyć. Dr. Ż.

wieczornych podając równocześnie w razach występującego osłabienia wino lub herbatę z arakiem. Jeżeli chory był nieprzytomny i nie mógł połykać, dawano chinin w lawatywie.

Prócz chininu próbowano w wielu razach podawać albo kwas salicylowy, albo salicylan sodowy; oba te środki jednak okazały się zupełnie niepraktycznemi; gdyż prócz téj okoliczności, iż w żadnym przypadku nie nastąpił spadek gorączki, kwas salicylowy i salicylan sodowy mają tę niedogodność, że znacznie upośledzają trawienie. Wymioty, nudności, bóle w dołku podsercowym i zwiększenie liczby stolców bardzo często występowały po użyciu tych środków. Badając zwłoki nader często napotykano na błonie śluzowéj żołądka po używaniu za życia kwasu salicylowego lub salicylanu sodowego liczne nadżerki krwawe. Kwas salicylowy zadawano w dawkach po 0·50, trzy do dziesięciu proszków dziennie, salicylan sodowy po 8—10 gramów dziennie w rozczynie gumowym.

W 30 przypadkach używano prawie równocześnie celem obniżenia ciepłoty a zarazem celem działania przeciw zakaźnego w dwóch pierwszych okresach choroby kalomelu, a w następnym zaraz dniu podawano chinin w dawkach dwu- lub jednogramowych w ciągu godziny. Na trzydziestu chorych leczonych w ten sposób kalomelem wraz z chininem umarło tylko trzech, co przedstawia 10% śmiertelności. Kalomel zadawano w ilości dwóch do czterech proszków po pół grama co 3—4 godzin. Oprócz tak małéj śmiertelności po leczeniu kalomelem środek ten posiada jeszcze jednę zaletę wielkiéj wagi, a mianowicie, iż po stolcach sprowadzonych przez zażycie 1 do $1\frac{1}{2}$ grama kalomelu uważano prawie w każdym przypadku zmniejszenie się przypadków nerwowych, ustąpienie bólu głowy i podmiotowe uczucie ulgi. Pomijając już wpływ kalomelu jako środka przeciwzakaźnego muszę podnieść tutaj jego własności jako środka czyszczącego. Kalomel działa głównie podniecając ruch robaczkowy jelit, a łatwo zrozumieć, że usunięcie kału z owych miejsc w kiszkach, gdzie się znajdują wrzody durowe, musi zbawiennie wpływać na ich dalszy przebieg, względnie na ich gojenie się.

Że kalomel jak najdokładniéj oczyszcza kiszki z kału w durze brzusznym okazuje się z tego, iż we wszystkich przypadkach na drugi dzień po zadaniu kalomelu znikało prawie całkiem owo charakterystyczne kruczenie w kiszkach.

We wszystkich przypadkach leczonych kalomelem uważano, iż w kilka godzin po zadaniu tegoż środka tętno stawało się częściejszém i drobniejszém, a skóra niekiedy wilgotną. Po upływie 12—18 godzin tętno powracało znów do dawniejszego stanu. W jednym przypadku widziano po użyciu 1·50 grama kalomelu obniżenie się ciepłoty o 1·10 stopnia, jakkolwiek krótkotrwające. Jeszcze jednę okoliczność muszę zaznaczyć, a mianowicie, iż wszystkie przypadki leczone kalomelem przebiegały bardzo łagodnie i bez powikłań, a chorzy prędzéj powrócili do sił. Jedyną niedogodnością przy zadawaniu kalomelu, a co jest prawie nieuniknioném po większych jego dawkach, jest ślinienie, które niekiedy już w kilka godzin po jego użyciu występuje. Ślinienie takie jednak znika w przeciągu 4—6 dni po użyciu płókania z *Kali chloric.*

Nie od rzeczy zapewne będzie, jeżeli przytoczę w krótkości kilka przypadków duru brzusznego leczonych równocześnie kalomelem i chininem.

I. August Fr., wyrobnik, lat 27 liczący, przywieziony do szpitala d. 8 października 1880 r., skarży się na silny ból głowy od dwóch tygodni trwający, na bezsenność, upadek sił ogólny i dosyć znaczny kaszel. Badanie fizyczne chorego stwierdza obecność duru brzusznego. W dniu przybycia chory zażywa po południu w przestankach dwugodzinnych proszki kalomelowe 0·50 w ilości 3 dawek.

D. 9 paźdz. ciepłota ranna 40°, tętno 108; w nocy chory miał pięć obfitych stolców, kaszel bardzo zmalał, ból głowy znacznie mniejszy, przed południem sen dwugodzinny dosyć twardy. Wieczorem ciepłota 39·1. Chory zażywa wieczorem trzy proszki chininu w przestankach ćwierćgodzinnych.

D. 10 paźdz. ciepłota ranna 38·7°, wieczorna 39·6°, tętno nieco drobne, nie przechodzi 100 uderzeń; pokazuje się ślinienie; w ciągu dnia ośm stolców; kruczenie nad kiszką ślepą, jak również wzdęcie brzucha bardzo nieznaczne.

D. 11 paźdz. ciepłota ranna 38·7°, wieczorna 38·6°; w ciągu dnia trzy stolce ciemno-zielono zabarwione; skóra nieco wilgotna; przypady nerwowe, jak ból głowy, niepokój, bezsenność, prawie zupełnie ustąpiły. Dalszy przebieg choroby nie przedstawia nic szczególnego, chory d. 9 listopada opuszcza szpital zupełnie wyleczony.

II. Maciéj M., wyrobnik, lat 18 liczący, przybył dnia 31 października 1880 r. do szpitala. Choroba rozpoczęła się przed tygodniem od nieznacznych dreszczów. Badanie stwierdza dur brzuszny.

D. 1 listopada ciepłota ranna 39·0°, tętno 90; przez całą noc chory niespokojny, majaczy; trzy stolce od chwili przybycia; ciepłota wieczorna 40°, tętno 96.

D. 2 listop. ciepłota ranna 39°; tętno 96, w nocy chory majaczył więcéj; podano kalomelu trzy proszki po 0·50 grm. w przestankach dwugodzinnych; ciepłota wieczorna 40·1°, t. 90.

D. 3 list. ciepłota ranna 38·8°; przez noc dziewięć stolców obfitych, ciemno-zielono zabarwionych; majaczenia ustąpiły; nad ranem sen smaczny i lekkie poty, rano spostrzeżono ślinienie; ciepłota wieczorna 38·7°. Wieczorem chory dostaje sześć dawek chininu po 0·35 w przeciągu $1\frac{1}{2}$ godz.

D. 4 listop. ciepłota ranna 37·4°; chory nieco rozdrażniony ale przytomny, wśród dnia jeszcze cztery charakterystyczne stolce; ciepłota wieczorna 38·8°.

D. 5 listop. ciepłota ranna 38·5°, wieczorna 39·4°; ślinienie ustępuje.

D. 6 listop. ciepłota ranna 38·7°, wieczorna 39·6°. Chory d. 5 grudnia opuszcza szpital zupełnie zdrów.

W przypadku tym widzimy krótkotrwające ale dosyć znaczne opadnięcie gorączki po użyciu sześciu proszków chininu po 0·35 grama.

III. Maryjanna K., l. 22 licząca, przybyła d. 1 grudnia 1880 r. do szpitala; od 10 dni mają się powtarzać dreszcze, przytém ból głowy, niepokój, brak apetytu i sen przerywany. Charakterystyczne przypady przemawiają za durem brzusznym.

D. 2 grudnia ciepłota ranna 38·8°, wieczorna 39·8°, tętno 108; około 5 stolców na dobę.

D. 3 grud. ciepłota ranna 39·0°, wieczorna 40°.

D. 4 grud. ciepłota ranna 39·5°, wieczorna 40·0°, wzdęcie brzucha znaczne, jak również i kruczenie w kiszce ślepéj.

D. 5 grud. ciepłota ranna 39·5°, wieczorna 40·0°; podano kalomel w ilości trzech dawek półgramowych.

D. 6 grud. ciepłota ranna 39·5°, wieczorem 40·0° w ciągu nocy pięć obfitych stolców; dosyć znaczne poty; wśród dnia sen spokojny.

D. 7 grud. ciepłota ranna 39·6°, wieczorna 40·0°; przez dzień cztery stolce; kruczenie w kiszce ślepéj ustąpiło; ślinienie.

D. 8 grud. ciepłota ranna 39·0°, wieczorna 40·0°; wieczorem dano dwa gramy chininu w przeciągu 1½ godziny.

D. 9 grud. ciepłota ranna 37·5°, wieczorna 40·0°. Chora 7 stycznia 1881 r. opuściła szpital.

IV. Maryjanna H., l. 19, przybyła dn. 18 paźdz. 1880 r. do szpitala; jest od tygodnia chorą. Uskarża się na silny ból gardła i rozwolnienie. W jamie ust zmian żadnych nie ma z wyjątkiem miernego nieżytu połyku. Natomiast daje się wykazać dur brzuszny.

D. 19 paźdz. ciepłota ranna 39·2°, wieczorna 39·4°; cztery stolce przez cały dzień.

D. 20 paźdz. ciepłota ranna 38·8°, wieczrna 39·5°; chora w nocy niespokojna; kruczenie nad kiszką ślepą i wzdęcie brzucha znaczne; podano kalomelu trzy proszki po 0·50grm.

D. 21 paźdz. ciepłota ranna 37·6°, wieczorna 39·6°; przez noc cztery obfite stolce; chora w dzień śpi dobrze, wieczorem twierdzi, że się czuje zdrowszą.

D. 22 paźdz. ciepłota ranna 38·5°, wieczorna 39·6°, tętno 126; wśród dnia dwa stolce; wieczorem podano chinin w ilości 2 gramów, który bynajmniéj nie obniżył ciepłoty, wieczorem ślinienie. Chora dn. 22 listopada opuszcza szpital zupełnie wyleczona.

Z wymienionych przypadków okazuje się, iż skutki kalomelu trwają dłużéj, gdyż przez kilka dni stolce są ciemno-zielonéj barwy. Ślinienie, które występuje po użyciu kalomelu w tak wielkich dawkach, znika w ciągu dwóch lub czterech dni po użyciu płókania z chloranu potasowego i nie pozostawia żadnych następstw. W przypadku czwartym jest lekkie opadnięcie gorączki po upływie kalomelu obok szybciejszego tętna. W ogóle więc we wszystkich przypadkach leczonych kalomelem w naszym oddziale można powiedzieć, że tenże nas nigdy nie zawiódł, a w ogóle łagodny przebieg duru, brak powikłań po użyciu kalomelu, a nadewszystko mały stopień śmiertelności przemawiają bardzo za użyciem tego środka.

II. Z prosektoryjum szpitala powsz. we Lwowie.

Pęknięcie jelita skutkiem obżarstwa.

Napisał Dr. W. Pisek,

b. asystent katedry anatomii patolog. Uniw. Jagiell., obecnie lekarz szpitala powszechnego lwowskiego.

(Dokończenie. Patrz Nr. 47).

Przyczyna śmierci jest w tym przypadku aż nadto jasną. Skeptyk może jeszcze zapytałby się, czy zapalenie otrzewny lub też może wstrząs (*shock*) ma większy udział w zejściu śmiertelném choroby; do pytania tego wrócimy na końcu i wykażemy, że zapalenie otrzewny **już** było rozwiniętém, gdy jelito pękło.

Inną zupełnie doniosłość ma dokładniejsze zbadanie sposobu powstania pęknięcia jelita. Mamy przed sobą pęknięcie podwójne jelita cienkiego i to w miejscu niezwykłém, co czyni nasz przypadek nader wyjątkowym [1].

Powstawania tego rodzaju pęknięć warunkiem głównym jest: **niestosunek pomiędzy odpornością ściany jelita a ciśnieniem wywołaném na jelito.** Źródłem tego niestosunku mogą być, jak prosta dedukcyja uczy: 1) Zmiany w ścianie jelita zmniejszające jego odporność, pomimo że ucisk nie przekracza granic prawidłowych. 2) Ucisk nadmierny, wywierany na jelito niezmienione. Inna kombinacyja tych dwóch czynników, a mianowicie „ucisk nadmierny na jelito schorzałe" jest zbyteczną, gdyż *implicite* wyraża ją warunek pierwszy. Ucisk, o jaki się rozchodzi w przypadkach do naszego podobnych, działa oczywiście od wewnątrz w postaci wygórowanéj prężności gazów. Zmianami zaś anatomicznemi osłabiającemi odporność ściany jelita bywają zazwyczaj ścieńczenie całéj ściany jelita, zanik sprowadzony często przez nieżyty przewłoczne, owrzodzenia wszelkiego rodzaju, zmiany odżywcze (nekrozy poczynające, zwyrodnienia) a wreszcie blizny, które w wysokim stopniu upośledzają elastyczność ścian jelita. Wszystkie te zmiany mają, jak widać, tę wspólną cechę, że podatność jelita przy wzmożonym, choć nieznacznie, ucisku na ścianę tegoż jest zmniejszoną. Przyznać wszelako trzeba, że istnieje jeszcze jedna możebność, a nieobjęta powyżéj podanym schematem, możebność zdaniem naszém arcyrzadka, któréj typem jest nasz przypadek. Okolicznością stanowiącą tu przyczynę pęknięcia jelita jest obok nadmiernego ucisku na ścianę jelita, oczywista od wewnątrz, jeszcze **istnienie przeszkód po za jelitem.** Zrosty liczne tkanki łącznéj, objawy przebytego zapalenia otrzewny, utwierdzały pęknięty odcinek jelita silnie do otoczenia. Zrosty te włókniste, miejscami błoniaste, krótkie, unieruchomiły w zupełności tę pętlę jelita, tkwiącą nadto swym środkowym i obwodowym końcem w gęstym splocie pętli jelitowych, silnie ze sobą zespojonych, a tuż przy jelicie ślepém położonych. Wśród takich stosunków podatność pętli była w wysokim stopniu upośledzoną a w ścianie tylnéj w całéj swéj długości poprzyrastanéj podatność prawie zupełnie była zniesioną. Jednakowoż same zrosty jeszcze nie wystarczają do zupełnego wytłumaczenia pęknięcia jelita. Zkądże wzięło się tak niezwykłe parcie gazów właśnie w tém miejscu? Pokarmy, które kobieta za życia spożyła, sprowadzają zazwyczaj wzdęcie jelit gazami. Pamiętać należy, że ilość spożytych pokarmów była niezwykłą, ilość samego bobu ugotowanego wynosiła koło dwóch litrów! Ilość gazów musiała być i rzeczywiście była nadmierną, ucisk na ściany jelit, prężność gazów, nader wygórowane. Lecz gdy w przypadkach zwyczajnych tak gazy jak i treść jelit, choćby wśród objawów chorobowych, po niejakim czasie, lecz zawsze dość wcześnie, wydalają się, istniało w naszym przypadku: znaczne upośledzenie krążenia treści jelitowéj. Upośledzenie to sprowadzone przypadkowo przez silne i nader liczne zrosty jelit musiało w odcinku, który następnie pękł, dojść do zupełnéj niedrożności. Czy to była niedrożność podobna do téj, jaka powstaje w pętli uwięźniętéj (w przepuklinie), li tylko wzdętéj gazami, lub też w naszym przypadku, co prawie zdaje się nie ulegać wątpliwości, otaczające pętle jelita, stanowiące ów tylokrotnie wzmiankowany zbity kłąb, uciskały na obu końcach odcinek jelita, który pękł, tyle jest pewném, że krążenie treści albo przynajmniéj odpływ gazów był wstrzymanym. Zrosty zatém sprowadziły dwojakie następstwa; po pierwsze: przeszkodziły swobodnemu krążeniu treści jelitowéj uciskając wraz z pętlami jelit odcinek, który uległ pęknięciu; powtóre przeszkadzały jednostajnemu rozdęciu pętli prawie unieruchomionéj. A zatém pęknięcie jelita powstało nie tylko w skutek nadmiernéj ilości gazów, do czego szczególniéj właściwość spożytych pokarmów się przyczyniła, lecz także w skutek niepodatności jelita z powodu zrostów.

Przypadek ten jeszcze i z innego względu zasługuje

[1]) Zwyczajne pęknięcia, tj. urazowe, dotyczą najczęściéj dwunastnicy lub okrężnicy.

na uwagę. Kobieta, która przez czas dłuższy była zdrową, bo co najwięcéj cierpiała prawdopodobnie na zatrzymanie stolca, padła ofiarą błędu dyjetetycznego, — obżarstwa. Jak chorzy tacy nigdy nie mogą być zanadto wstrzemięźliwi i ostrożni, jest rzeczą aż nadto widoczną.

Na zakończenie słów kilka o kształcie pęknięcia: Pęknięcie pierwsze większe odpowiada w zupełności ułożeniu włókien warstwy mięsnéj. Że w tym kierunku odporność kiszki musi być mniejszą, jest rzeczą jasną. Dowodem tego nadto są t. zw. rozstępy mięśni okrężnych i worczaste wypuklenia się jelita. Co do pęknięcia mniejszego owalnego to i ono odpowiadało przebiegowi włókien mięsnych okrężnych. Pasma wszelako tkanki łącznéj i szczególniejszy skutkiem tego zrost jelita ze sąsiedztwem zmienił nieco kształt.

Zestawiając wynik sekcyi z objawami za życia spostrzeżonemi, dowiadujemy się jeszcze o jednym szczególe, który nam pozwala oznaczyć prawie z pewnością, **kiedy nastąpiło pęknięcie jelita.**

Chora przed wystąpieniem bólów, wymiotów, które pojawiły się na godzinę może przed zgonem, miała jeszcze kilka obfitych stolców. Było to mniéj więcéj na godzinę przed jedynastą w nocy. Otóż jest rzeczą konieczną, że pęknięcie jelita mogło powstać dopiero po oddaniu ostatnich stolców, i po przebudzeniu się choréj, co nastąpiło dopiero około godziny jedynastéj w nocy. Chora budzi się wśród nadzwyczaj wielkich bólów i wymiotów, i otóż to jest chwila pęknięcia jelita, które nastąpiło po godzinie 11téj, a zatém krótko, może na godzinę. przed śmiercią. Rzadko kiedy znachodzimy się w tém szczęśliwém położeniu, iżbyśmy mogli tak dokładnie oznaczyć chwilę powstania jakiéjś zmiany [1]).

Jeżeli tak jest, to jeszcze jeden szczegół staje się jasnym, a mianowicie, że chora już przed tém, choć tylko na kilka lub kilkanaście godzin, musiała być dotkniętą zapaleniem otrzewny, które przecież żadną miarą rozwinąć się nie mogło po pęknięciu jelita, a zatém na godzinę lub pięć kwadransów przed śmiercią, że więc ta sprawa wyprzedziła pęknięcie jelita, że zatém pęknięcia jelita, wylanie się treści tegoż do jamy otrzewnowéj (a więc i *shock*) są bezpośrednią najbliższą przyczyną śmierci.

III. Oceny i sprawozdania.

Leyden: **Objawy kliniczne zakrzepu w tętnicy podstawowéj mózgu.**

L. dzieli objawy kliniczne zakrzepu, powstałego na tle zmian kiłowych w tętnicy podstawowéj mózgu, na dwie grupy, z których pierwsza obejmuje objawy miejscowe, będące następstwem usadowienia się ognisk chorobowych w moście Varola i jego otoczeniu, druga zaś cechuje się objawami mózgowemi, zakrzepowi, jako takiemu właściwemi. Objawy, zaliczające się do pierwszéj grupy, są następujące:

1) Porażenie, które w większéj części przypadków występuje jako porażenie połowicze, nie rzadko jako porażenie naprzemienne (*Hemiplegia alternans*), t. j. porażenie odnóg po jednéj, a nerwów z mózgu wychodzących po drugiéj stronie. Porażenie połowicze tego rodzaju opisuje już Gubler i uważa je jako następstwo usadowienia się sprawy chorobowéj w moście Varola. Według niego jednak po jednéj stronie porażone są odnogi, po drugiéj zaś nerw twarzowy, przyczém porażenie ma wszelkie cechy porażenia obwodowego. W dwu przypadkach opisanych przez autora było po jednéj stronie całkowite porażenie połowicze (odnogi i nerw twarzowy), po drugiéj zaś porażenie nerwów, zaopatrujących mięśnie oczne, szczególniéj nerwu okoruchowego, niekiedy także i odwodzącego. To porażenie połowicze nazywa autor *Hemiplegia alternans superior*, w przeciwstawieniu do *Hemiplegia alternans inferior* Gublera, i wnosi z niego o usadowieniu się ogniska chorobowego w górnéj granicy mostu Varola, tam gdzie się ona styka z odnogą mózgu, wzgórkami czworaczemi i n. wzrokowym.

2) Drugiém znamieniem porażenia tego jest jego ustępowanie ze strony przed tém zajętéj, a nagłe pojawienie się po stronie przeciwnéj, gdzie się już stale utrzymuje.

3) Godném uwagi ze względu na rozpoznanie jest rzadko zdarzające się zajęcie nerwu słuchowego, objawiające się w postaci głuchoty, jakotéż porażenie mowy (*anarthria*) i aktu połykania, już przez Griesingera opisane, a właściwe chorobom mostu Varola i rdzenia przedłużonego.

4) Czwartym momentem, niemniéj ciekawym, jest podniesienie ciepłoty (niekiedy do 40°C.) w ostatnich dniach lub godzinach życia. Zjawisko to łatwo pojąć, jeżeli wraz z Waltherem przypuścimy, że ośrodek regulujący ciepłotę ciała mieści się w moście Varola.—Do ogólnych objawów mózgowych, których pojawienie się zapowiada bliską katastrofę, należy śpiączka, majaczenia, zajęcie sensoryjum, niekiedy kurcze padaczkowe, pominąwszy już napad pierwszy, którym choroba zwiastować się zwykła. Obraz chorobowy nabiera wtedy wielkiego podobieństwa do obrazu, jaki dają guzy nowotworowe, usadowione w mózgu, tém więcéj, ile że do objawów tych dołącza się w końcu tarcza zastoinowa. Resztki świadomości zdaje się pozostają aż do saméj śmierci, która następuje wśród objawów porażenia rdzenia przedłużonego. Tętno staje się nadzwyczaj szybkiém, oddechy nieregularnemi (objaw Cheynego-Stokesa), w końcu występuje sinica i charczenie. Objawy te prawdopodobnie nie są następstwem zmian chorobowych w moście Varola, lecz pojawiają się skutkiem zaburzonego krążenia w mózgu. (*Zeitschrift für klin. Med.* I Bd. II Heft). *Dr. Wolfram.*

K. Linroth: **O zachowaniu się wody w naszych sukniach.**

Ciekawe spostrzeżenia nad zachowaniem się wody w naszych sukniach ogłosił lekarz marynarki szwedzkiéj K. Linroth. Doświadczenia swoje wykonał w pracowni Pettenkofera.

Woda w naszych sukniach może być albo związaną higroskopijnie lub téż tylko do nich przyczepioną mechanicznie. W pierwszym przypadku pochodzi ona z pary wodnéj powietrza, w drugim zaś z opadów wodnych lub po prostu z namoczenia sukni wodą. Linroth oznaczał odpowiednią metodą naprzód ilość wody higroskopijnéj w różnych materyjach, np. flaneli, jedwabiu, płótnie, szyrtyngu itd. Następnie oznaczał, ile która z tych materyj może przyjąć wody higroskopijnéj w różnych zewnętrznych stosunkach. Doświadczenia te wykazały, że własność higroskopijna tych materyj jest niezależną od ciepłoty, że pozostaje w stosunku prostym do wilgoci w powietrzu, i że w końcu mniéj lub więcéj silne ruchy powietrza, na które wilgotne materyje były narażonemi, są bez żadnego wpływu. Przy niespełna 9½ procent względnéj wilgoci powietrza własności higroskopijne zachowują się różnie, stosownie do materyi. Najmniéj higroskopijne są materyje z włókna roślinnego, płótna, materyje

[1]) Do szczegółu tego doszliśmy li na drodze zestawienia faktów. W zapaleniu otrzewny, skutkiem przedziurawienia znów objawy kliniczne pozwalają dość często domyślać się chwili przebicia otrzewny.

bawełniane; po nich idą jedwab, włosie, skóra bydlęca, wełna a w końcu skóra barania i koźla. Te ostatnie przyjmują z powietrza ilość wody, odpowiadającą połowie ich ciężaru. Materyje mięszane, np. wełniane z bawełną itp., są średnio higroskopijne, tak że po stopniu higroskopijności można nawet rozpoznać ich gatunek.

Szybkość, z jaką się odbywa pochłanianie wody higroskopijnéj śród przejścia z powietrza suchego do wilgotnego, jest największą z początku i ustaje zwolna aż do chwili nasycenia. Chwila zupełnego nasycenia jest zależną od stopnia wilgoci w powietrzu. W powietrzu wysyconém parą wodną nastaje dopiero po upływie koło 15 godzin. Zupełnie tak samo ma się z ulatnianiem wody higroskopijnéj. Z niektórych materyj w pierwszych 10 minutach ulatnia się 38—71 procent. Najprędzéj utraca wodę jedwab, potém bawełna, płótno, wreszcie wełna. Woda mechanicznie w sukniach zawarta ustępuje z nich stosownie do siły, jakiéj użyto przy wyciskaniu jéj. Ulatnianie jéj odbywa się wprost przeciwnie jak wody higroskopijnéj naprzód wolno, ku końcowi nader szybko. Najwolniéj ulatnianie się téj wody postępuje w materyjach wełnianych.

Według spostrzeżeń Linrotha nader wielki wpływ na suknie wywiera samo ciało ludzkie. Ilość wody zawartéj w sukniach noszonych czy to w czasie spoczynku lub ruchu, zawsze jest mniejszą od ilości, jakąby te suknie zawierały nie będąc na ciele. Ilość wody, która w całém ubraniu nienoszoném w pokoju jak i na dworze zawierała 721,8gm. zostaje zredukowaną w tych samych warunkach lecz na ciele ludzkiém do 177,5gm. Ilość wody jest największa w sukniach zwierzchnich, czém daléj ku skórze, tém się ona zmniejsza. Jest to właściwością ciała, bo jeżeli weźmiemy 5 kawałków flaneli, ułożymy je na sobie na tabliczce szklanéj, połączymy je na rogach niémi kauczukowemi i wystawimy przez dwie godziny na wpływ wilgotnego powietrza, to się przekonamy po zważeniu każdéj sztuki z osobna, że wszystkie wciągnęły jednakową ilość wody higroskopijnéj. Stosunek ten sukni na ciele naturalnie jest odwrotnym w czasie silnego pocenia się ciała.

Z tego więc wynika, że przy miernym ruchu i średniéj ciepłocie ciało zmniejsza ilość wody zawartéj w sukniach i tym sposobem chroni się od zaziębienia. W stosunkach odwrotnych zwiększa znów wilgoć i tym sposobem sprowadza ochłodzenie. (*Zeitschrift f. Biologie* XVII, Z. 2). *Dr. Kopff.*

Wiadomości pomniejsze.

(γ) **Jodoform w chorobach płuc.** Prof. Semmola w Neapolu ogłosił niedawno artykuł o leczeniu zapalenia oskrzelo-płucnego jodoformem, w którym to artykule gorąco zachęca praktyków wszystkich krajów do powtarzania jego doświadczeń, sądząc, że będzie to jeden z najważniejszych sposobów użycia jodoformu. W ciągu ostatnich trzech lat używał on tego środka w wielu przypadkach i to nie tylko zapalenia oskrzelo-płucnego ale także kataru oskrzeli, dychawicy itp. Wykrztuszanie zmniejszało się często bardzo nagle, również jak kaszel i napady duszności, po części w skutek miejscowego działania tego środka. Wydzielina oskrzeli i małych jamek bywa, sądzi on, przez użycie tego środka odwietrzoną. Gorączka zmniejsza się stopniowo a zdaniem prof. S. opadanie ciepłoty należy przypisać odwietrzaniu wydzieliu i materyj gnilnych, które stale ulegają wessaniu z ognisk rozpadowych. Środek ten zdaje się wpływać korzystnie na sprawę miejscową, a w niektórych przypadkach przywraca stan prawie normalny rozumie się w zapaleniu oskrzelo-płucném pierwszego stopnia. Środka tego używa S. w dawkach od pięciu do piędziesięciu centygramów dziennie, w miarę tego jak organa trawienia środek ten znoszą i o ile na to stan nerwowy zezwala. Najlepiéj lek ten bywa znoszonym w postaci pigułek z wyciągiem gencyjany lub téż jakimś innym. Małe dawki są najodpowiedniejsze, ponieważ można je powtarzać co godzina lub dwie. Wdychania można również stósować, ponieważ jodoform jest rozpuszczalny w terpentynie, a można je powtarzać trzy do czterech razy dziennie. S. nie uznaje jodoformu za lek bezwzględnie skuteczny w gruźlicy lub wszelkiego rodzaju serowaciejących cierpieniach płuc. Nie dawno ogłoszono wiele przypadków poczytywanych za przypadki gruźlicy, w których z pomyślnym skutkiem stósowano jodoform. Mook podawał go w dawkach jednocentygramowych i uważał, że objawy jam stopniowo znikały. Baeler spostrzegał skuteczność jodoformu w przypadkach gruźlicy opon mózgowych, w wielu jednak przypadkach rozpoznanie gruźlicy nie było dostatecznie stwierdzoném. (*The Lancet* 1882, II, Nr. 8).

(K. Gr.) **Łyżki w kiszkach.** Samuel Kohn opisuje w *Medical Record* wychodzącym w Nowym Yorku w Nrze z dnia 22 lipca rb. ciekawy przypadek, w którym chora cierpiąca zadumę z pojawiającemi się czasem napadami szału opuściła szpital z objawami zapalenia otrzewny, a mianowicie z wymiotami, tętnem dochodzącém 120, ciepłotą 39·1°; wygląd miała blady, budzący obawę itd., ogólną bolesność w brzuchu, lecz szczególniéj bolesną była okolica biodrowa po prawéj stronie. Takie napady powtarzały się i wzmagały się naprzemian przez 5 tygodni, częściowe zatkanie miało miejsce w tym czasie 4 razy. Chora mówiła, że jest „wewnątrz zgniłą" i żyć nie może. Pewnego dnia matka choréj przyszła do lekarza i powiedziała mu, że rano badając jak zwykle kał choréj znalazła w nim masę długą, twardą, wrzecionowatą, otoczoną ciągnącym się śluzem. Badanie wykazało brzegi kilku łyżek wystające z masy. Rozerwawszy i skruszywszy tę masę matka choréj przekonała się, iż masa ta zawierała 3 łyżeczki od kawy, co do których lekarz orzekł, iż o ile z pozoru sądzić można leżały podłużnie w kiszce czas dłuższy, przez co wklęsłość jednéj stykała się z wypukłością drugiéj. Wkrótce znikły wszelkie objawy brzuszne. Chora przyznała się, iż połknęła je wszystkie jednego dnia w zamiarze odebrania sobie życia. (*The Lancet* 1882, II, Nr. VI).

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

X Posiedzenie zwyczajne z d. 24 maja 1882 r.

Przewodniczący kol. Jordan. Członków obecnych 16.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Delegatem Towarzystwa na Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich wybrano kol. Jordana w miejsce kol. Jakubowskiego, który się zrzekł téj godności.

3) Kol. Przewodniczący przedstawił w porozumieniu z Komitetem Tow. na Członka honorowego prof. Eiselta w Pradze a to w obec znakomitych zasług tegoż na polu nauki i literatury czeskiéj.

4) Wniosek prof. Korczyńskiego, dotyczący kontroli nad środkami lekarskiemi tajnemi, odłożono do jednego z przyszłych posiedzeń.

5) Prof. Browicz okazał preparat tętniaka serca. (Bliższe szczegóły podane będą w Przegl. Lek.).

6) Prof. Adamkiewicz podał wyniki badania w uwiądzie rdzenia i wykazał, że zwyrodnienie to w ścisłym stoi związku z przebiegiem naczyń krwionośnych w rdzeniu pacierzowym. Rzecz uwidocznił preparatami. (Odczyt ten był umieszczony w Przeglądzie Lekarskim).

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

Posiedzenie nadzwyczajne z d. 24 maja 1882.

Przewodniczący: kol. Zarewicz. Członków obecnych 16.

Członkiem honorowym Tow. wybrano jednogłośnie Prof. Eiselta w Pradze. *Dr. Jan Rosner.*

XI Posiedzenie zwyczajne z d. 7 czerwca 1882.

Przewodniczący kol. Jordan. Członków obecnych 10.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. Zarewicz odczytał list prof. Eiselta wystosowany do Towarzystwa.

3) Członkiem zwyczajnym jednogłośnie wybrano kol. prof. Dra Józefa Łazarskiego.

Sprawy inne na porządku dziennym umieszczone z ważnych przyczyn odłożone zostały do jednego z przyszłych posiedzeń. *Dr. Jan Rosner.*

V. Cause célèbre Tisza-Eszlarska.

Nędzna wioszczyna Eszlar nad Cisą położona nabyła nagle rozgłosu niezwykłego, odkąd zniknęła bez śladu 14-letnia Estera Solymossy, córka biednéj wieśniaczki, tamże zamieszkałéj. Jedyna to dotąd sprawdzona rzecz w całéj sprawie; faktem jest, że Estery od 1 kwietnia rb. nie ma; drugim faktem, któremu sprawa ta zawdzięcza właściwie całe znaczenie jest wystąpienie chłopca 5-letniego z twierdzeniem, iż widział przez dziurkę od klucza, jak własny jego ojciec zarznął Esterę w bożnicy eszlarskiéj. W tym téż kierunku wytoczono śledztwo; nie wchodzimy w szczegóły onego, bo dla nas są obojętne. Nagle następuje zmiana dekoracyi. D. 18 czerwca w bliskości wsi Dady, nie daleko Eszlaru i również nad Cisą położonéj, wydobywają z rzeki ciało niewieście, podobno mające na sobie suknie, w których po raz ostatni, tj. d. 1 kwietnia, widziano Esterę, a ciało to jednym zdaje się arcypodobném do Estery, drugim zaś niepodobném. Trup ten jest prawdziwym *Deus ex machina*, staje się osią, koło któréj obraca się odtąd śledztwo. Jeżeli ciało wydobyte jest ciałem Estery, wtedy sprawa cała w sposób prosty byłaby załatwioną, albowiem, ponieważ na tym trupie obrażenia na szyi nie było żadnego, zeznanie owego dziecka okazałoby się fałszywém i należało wtedy zaniechać śledztwa przeciw niesłusznie posądzonym o morderstwo. Jeżeli zaś przeciwnie udało się wykazać z pewnością, że zwłoki z Cisy wydobyte nie były ciałem Estery, a miały jednak na sobie jéj suknie, to rzecz oczywista, że ciało to podsunięto, celem wzbudzenia wiary, że Estera utonęła, a autorowie téj tragikomedyi, jako posiadający suknie Estery, jeżeli sami nie byli jéj mordercami, to przynajmniéj w bliskich i poufnych pozostawać z nimi musieli stosunkach, a ponieważ podsunięcie trupa miało wyjść na korzyść uwięzionych, więc poszlaki przeciw nim stałyby się bardzo uzasadnionemi. Rozwiązanie tego węzła gordyjskiego poruczono lekarzom sądowym; zadanie ich było brzemienném w następstwa; aby podołać takiemu zadaniu potrzeba wielkiego doświadczenia, potrzeba przedewszystkiém bezwzględnéj przedmiotowości; warunek ostatni ważniejszym nawet jest i bardziéj potrzebnym aniżeli pierwszy; lekarz bowiem wolny od uprzedzenia wszelkiego, choć mniéj doświadczony, jakkolwiek może mylić się w wysnuwaniu wniosków, jednak opisze dokładnie, co podpada pod zmysły jego, a tém samém da możność znawcom innym odpowiedniejszego tłumaczenia szczegółów zapisanych; lekarz uprzedzony widzi szczegóły przez szkła barwne, a protokół przez niego spisany i najbieglejszemu znawcy nie może służyć za podstawę orzeczenia. Przypatrzmy się więc, jak znawcy pierwsi wywiązali się z ważnego swego zadania.

D 18 czerwca popołudniu dwaj flisacy spostrzegli pływające w rzece zwłoki ludzkie, wyciągnęli więc takowe, a przypatrzywszy im się i nabrawszy przekonania, że to ciało dziewczyny, sądząc po nierozwiniętych sutkach, pogrzebali je. Naczelnik powiatu dowiedziawszy się o zdarzeniu przybył na miejsce jeszcze tego samego dnia i o godzinie 11éj w nocy zarządził ekshumacyję zwłok i oględziny ich zewnętrzne; oględziny te uskutecznił między 11tą a 1szą w nocy lekarz powiatowy Dr. Kiss, w obecności aptekarza miejscowego i kandydata medycyny i podyktował do protokółu, że miał przed sobą zwłoki niewiasty 140 cm. długości mającéj, miernie rozwiniętéj i lat 14 liczyć mogącéj; brak zupełny włosów, zęby zdrowe wszystkie, twarzy nie można bliżéj zbadać, ponieważ pokryta jest ziemią; na ciele suknia niebieska, a nad nią chustka szara; brzuch nieco wzdęty, okazuje tu i owdzie pręgi niebieskawe; naokoło bioder pasek czerwony; odnogi dolne nieuszkodzone, na odnogach górnych rękawy z materyi niebieskiéj, takiéj saméj, jak spodnica; w ręce lewéj w zawiniątku papierowém żółtém barwik jakiś niebieski.

Oględziny sądowe uskuteczniili d. 19 czerwca o godzinie 10téj rano Drowie Kiss i Trajtler (dentysta) oraz Władysław Horvath, podpisujący się znawcą lekarskim mianowanym (zapewne *ad hoc*). Z protokółu wyjmuję następujące szczegóły: Zwłoki niewiasty wzrostu średniego dość dobrze odżywionéj, długość ciała 144 cm. (więc w przeciągu kilku godzin przybyło trupowi 4 cm.), powłoka zewnętrzna blada, na grzbiecie plamy pośmiertne. Skóra głowowa łysa, również brak włosów na łukach brwiowych i naokoło części płciowych; nad kością ciemieniową prawą rana wielkości talara o brzegach ostrych bez podbiegnięcia krwi; nad kością ciemieniową lewą podobna rana wielkości grajcara; objętość czaszki 52 cm., rogówki ściemnione, źrenice rozszerzone; twarz nieuszkodzona, chrząstka nosowa nieco ku górze zwrócona; w szczękach 28 zębów zdrowych, brak tylko zębów mądrości; szyja nieuszkodzona, sutki wychudłe, brzuch sklepisty, ale nie wzdęty; na przedramieniu prawém brak mięśni, tak że kości są obnażone, ręce nieuszkodzone, małe i piękne, paznogcie starannie pielęgnowane; na barkach, brzuchu i klatce piersiowéj przyskórek odłuszcza się w szmatach niebieskawych; barwa niebieska przyskórka pochodzi od barwika lub sukni; na odnogach dolnych po stronie tylnéj plamy pośmiertne niebieskawe, zresztą na nich nie widać uszkodzenia, stopy delikatne.

Na oględzinach zewnętrznych poprzestano dnia tego; zwłoki przewieziono do Eszlaru, gdzie dnia następnego uskuteczniono sekcyję właściwą. Skórę czaszkową przecinano warstwami cienkiemi poprzecznemi, poczém widziano lupą a nawet okiem nieuzbrojoném, że cebulki włosowe są nie nadwerężone. Szwu na kości czołowéj nie ma śladu; reszta szwów czaszkowych wklinowane mocno w siebie a po części skostniałe; skóra czaszkowa niedokrewna, sklepienie czaszki cienkie, opony mózgowe mało co nastrzykane; mózgowie przedstawia istotę płynną, zgniłą, barwy czekoladowéj; błona śluzowa krtani i gardziela blada, w przyrządach tych nie ma cieczy; płuca przyczepione, na przekroju mało wydzielają płynu surowiczo-pienistego, na powierzchni zewnętrznéj widać pęcherze powietrzne; pływają

one dobrze we wodzie i są niedokrewne; w szczycie płuca prawego gruzełki i wrzedzienica wielkości orzecha muszkatełowego, napełniona ropą; barwa płuc jest niebieskawa, rdzawa (a więc jaka?); mięsień sercowy wiotki, komórka prawa rozszerzona, obie komórki próżne, zastawki nieuszkodzone; wątroba zmniejszona, niedokrewna, na przekroju ziarnista; żołądek całkiem próżny, błona śluzowa łupkowata; śledziona mała, niedokrewna; jelita gazem lekko wzdęte; nerki niedokrewne, pęcherz moczowy próżny; macica prawidłowa, pochwa mocno rozszerzona.

Orzeczenie znawców opiewało jak następuje: 1) Twarz trupa jest tak dobrze zachowana, że osoby, które znały zmarłą, mogą ją rozpoznać. 2) Przyczyną śmierci nie jest uduszenie we wodzie; przeciwko temu rodzajowi śmierci przemawia już wejrzenie trupa, stan dróg oddechowych, serca, a najwięcéj brak wody w żołądku i jelitach, oraz fakt, że ręce nie są skurczone i że na nich nie ma śladu piasku. 3) Zwłoki pochodzą od osoby zmarłéj co najwięcéj przed 10 dniami, albowiem ani zewnętrznie ani wewnętrznie śladu zgnilizny nie było, a tylko na skórze, w miejscach pokrytych sukniami, nieznaczne znaleziono gnicie przyskórka. 4) Zwłoki nie leżały we wodzie nad 3—4 dni. 5) Z pewnością orzec należy, że zwłoki pochodzą od osoby, która skończyła przynajmniéj rok 18ty, a prawdopodobnie nawet 20ty; przemawia za tém głównie brak szwu w kości czołowéj. 6) Denatka nie była już dziewicą; dowodzi tego brak błony dziewiczéj (w protokóle jednak o tym braku nie ma wzmianki), a obszerność pochwy dowodzi, że osoba ta często już spółkowała. 7) Bezpośrednią przyczyną śmierci była niedokrewność ogólna (gruźlica, nieżyt żołądka). 8) Zmarła nie należała do klasy niższéj, roboczéj (stan rąk i stóp).

Na podstawie tego orzeczenia, wykluczającego stanowczo tożsamość niewiasty znalezionéj w Cisie z Esterą Solymossy, sędzia śledczy musiał nabyć przekonania, że ktoś w celu uwolnienia uwięzionych od podejrzenia podsunął zwłoki cudze; znalezienie więc tego trupa miało wpływ arcyniekorzystny na los podejrzanych pierwotnie o zamordowanie Estery, przedłużyło śledztwo o kilka miesięcy a tém samém i uwięzienie obwinionych, albowiem sąd szukał związku pomiędzy ukazaniem się tego trupa a winą ostatnich. Dopóki akta spoczywały w biurach sądowych, zdawało się powszechnie, że sprawa zakończy się skazaniem kilku ludzi za spełnione na Esterze morderstwo. Niedawno temu atoli obrona zebrawszy powoli obfity materyjał wystąpiła z formalném oskarżeniem przeciw Sędziemu śledczemu, a w tém oskarżeniu oględziny sądowolekarskie wcale nie podrzędną odgrywają rolę. Obrońcy dołączyli do podania swego opiniję prof. Kovacsa w Budapeszcie, dowodzącą mylności wielu ustępów orzeczenia pierwszych znawców, pod niektóremi względami atoli zgadzającą się z takowém. Nie wdajemy się w roztrząsanie ciężkich zarzutów, czynionych przez obronę śledztwu samemu, bo to rzecz nie nasza; zastanowimy się wyłącznie nad częścią sądowolekarską śledztwa, a pod tym względem idziemy daléj, aniżeli prof. Kovacs, albowiem jesteśmy mocno przekonani, że orzeczenie jest mylném od początku do końca.

Nasamprzód co do przyczyny śmierci niewiasty z wody wydobytéj: Obducenci wykluczają stanowczo śmierć z utonięcia a względnie z utopienia, a prof. Kovacs wyklucza ją z wielkiém podobieństwem do prawdy, polegając na uzasadnieniu pierwszych lekarzy. Otóż uzasadnienie to jest mylném, albowiem brak wewnętrznych objawów uduszenia nie wyklucza wcale śmierci z uduszenia, a brak wody w żołądku i jelitach już wcale nie dowodzi, że człowiek dostał się do wody dopiero po śmierci. Gdyby obducenci byli znaleźli większą ilość wody w żołądku, byliby zapewne orzekli, że kobieta umarła we wodzie, a mybyśmy i wtedy wcale nie byli przekonanymi, że rzecz miała się tak istotnie. Albowiem jak obecność wody w żołądku nie dowodzi śmierci z utonięcia, tak brak jéj nie wyklucza tego rodzaju śmierci,— jest to rzecz tak dalece znana każdemu lekarzowi sądowemu, że zbyteczna nad nią się rozwodzić. Ile to razy się zdarza, że u człowieka notoryjnie zmarłego z utonięcia, wewnętrznie żadnych nie znachodzimy zmian,— o tém obducenci oczywiście nie wiedzą. Jakie zaś ma mieć ważne znaczenie rozpoznawcze brak zwinięcia w kłąb ręki, tego wcale nie pojmujemy. Jaka więc była przyczyna śmierci niewiasty? Otóż nie wykluczamy wcale śmierci z utonięcia lub utopienia, ale też możebną jest śmierć z niedokrewności ogólnéj, jak przypuszczają obducenci. Ale zgadzamy się z Kovacsem, że niedokrewność ta nie wynikła z gruźlicy, a tém mniéj z nieżytu żołądkowego, jak przypuszczają obducenci; ale znów nie zgadzamy się z Kovacsem, który niedokrewność tę radby położyć na karb morzenia, a to dla tego, że obducenci opisują ciało jako dosyć dobrze odżywione. Nam się zdaje, że niedokrewność była ostrą, wywołaną przez obrażenie cielesne, zwłaszcza głowy i odnogi górnéj. Wprawdzie obrażenia te obducenci uznali za pośmiertne, z powodu, że nie były krwią podbiegnięte, ale spuścili z uwagi, że rany zadane za życia nie różnią się wcale od pośmiertnych, jeżeli zmarły leży choć przez dni kilka we wodzie, skutkiem czego wybroczyny spłókują się czasem w zupełności. Przyznajemy, że przypuszczenie Kovacsa co do śmierci z wymorzenia byłoby bardziéj na rękę obronie, ale przypuszczenie to nie ma rzeczywistéj podstawy. Jedno tylko nie podlega zaprzeczeniu, że niedokrewność nie wynikła z rany szyjnéj, bo takiéj nie znaleziono.

Mniejsza jednak o przyczynę śmierci niewiasty, o wiele bowiem ważniejszém jest pytanie co do tożsamości lub nietożsamości osoby jéj z Esterą Solymossówną. To jest *punctum saliens* całej kwestyi, i na tę okoliczność obducenci powinni byli zwrócić całą swą wytężoną uwagę. Wszakże w przypadkach nierównie mniejszéj wagi, w ogóle we wszystkich przypadkach, w których mamy do czynienia ze zwłokami nierozpoznanemi jeszcze, jest obowiązkiem lekarza sądowego opisać zwłoki tak dokładnie i szczegółowo, aby opis, następnie w pismach publicznych ogłosić się mający, mógł przyczynić się do rozjaśnienia tajemnicy co do pochodzenia trupa. W protokóle tisza-eszlarskim atoli nie tylko nie znajdujemy owéj drobiazgowéj dokładności, ale co ważniejsza spotykamy się z rażącemi sprzecznościami, podającemi nawet w wątpliwość całe dochodzenie. Jest to prawie nie do uwierzenia a przecie prawdą, że z opisu nie możemy powziąść przekonania, czy obducenci mieli przed sobą zwłoki świeże lub zgniłe.

Z jednéj strony opierając się na opisie obducentów, jako skóra w ogóle była blada a tylko na grzbiecie znajdowały się plamy pośmiertne, wypadałoby razem z nimi przypuścić, że mieli przed sobą zwłoki świeże, a nie zgodzić się z nimi nawet co do przypuszczenia, że niewiasta umarła już przed 10 dniami a leżała we wodzie 3—4 dni. Z drugiéj zaś strony wspominają o oddzielaniu się przyskórka na brzuchu, co znów jest objawem zgnilizny. Najbardziéj zaś ude-

rzającym jest stan mózgu, który miał być przeobrażony w płyn czekoladowy i „zgniły." Stan ten mózgu pozostaje w tak rażącéj sprzeczności z wynikiem oględzin zewnętrznych, że słusznym wydaje się zarzut prof. Kovacsa, że opis ten odnosi się do innego trupa, a nie do zwłok, które obducenci mieli przed sobą. Co do nas, nie możemy sobie w inny sposób wytłumaczyć tego uderzającego opisu, jak przypuszczając, że obducenci wcale czaszki nie otwierali i dla braku doświadczenia sądząc, że mózg tak prędko gnije, a nie przypatrzywszy mu się, jakim on jest w rzeczywistości, opisali obraz urojony. Jest to zapewne ciężki zarzut, ale w każdym razie mniéj ciężki od zarzutu Kovacsa, który nie wyklucza złéj woli. Innéj alternatywy nie ma. W rzędzie trzew ulegających rozpadowi gnilnemu mózg dorosłych według doświadczonego Caspra zajmuje 8me dopiero miejsce (nasamprzód gnije tchawica, potém mózg noworodków, dalej żołądek, jelita, śledziona, sieć, wątroba, a potém dopiero mózgowie dorosłych), a potrzeba przynajmniéj kilku miesięcy czasu, zanim mózg przeobraża się w gąszcz czerwonawy. Otóż obducenci wszystkie trzewa opisują jako dobrze utrzymane, a tylko mózg jako uległy rozpływowi gnilnemu, -- co jest niemożebném. W jednym z dzienników wiedeńskich niejaki prof. L. ogłosił kilka dni temu artykuł p. t. „mózg czekoladowy," w którym dowodzi, że stan ten mózgu dowodzi wymownie, że niewiasta, o któréj mowa, umarła na kilka miesięcy przed sekcyją, albowiem zwłoki leżące w wodzie okazują odwrotną koléj zgnilizny, (u nich gnije naprzód głowa), a ponieważ obducenci wyraźnie podają, „że tkaniny brzuszne pod przyskórkiem nie okazują najmniejszéj zmiany," więc oczywista, że zwłoki leżały we wodzie i to przez kilka miesięcy! Prof. L. w ferworze swoim posunął się za daleko; być może, że i on nie widział jeszcze trupa, który choć przez kilka tygodni leżał w wodzie. Prawdą jest, że u trupów takich, — jakkolwiek nie zawsze — zgnilizna rozpoczyna się od głowy, ale nie od mózgu; nasamprzód głowa cała obrzmiewa potwornie, skóra nabiera barwy żabiéj, rysy twarzy zupełnie zacierają się--późniéj dopiero mózg powoli rozpływa się. U trupa tisza-eszlarskiego twarz miała nie okazywać najmniejszych zmian, gałki nie występowały z oczodołów, tęczówki miały być brunatnemi, rozszerzonemi (zapewne nad miarę), co dowodzi, że rogówki jakkolwiek ćmawe nie były jezcze w zupełności zaćmione; a choćbyśmy już nie mieli zaufania do opisu obducentów, to przecież sam fakt, że wezwano świadków do rozpoznania tożsamości, że jedni uznali tożsamość a drudzy nie, dowodzi, że ciało nie było jeszcze mocno zepsute, że więc nie mogło przez czas dłuższy leżeć we wodzie. A więc cóż pozostaje, jeżeli nie przypuścimy, że obducenci wcale do czaszki nie zajrzeli?

Z mocno zachwianém zaufaniem w zdolność spostrzegawczą i znajomość rzeczy obducentów przystępujemy teraz do innych szczegółów, będących podstawą wykluczenia tożsamości osoby. Wspomnieliśmy już, że lekarz powiatowy Dr. Kiss pierwotnie podał 140cm. jako długość ciała, a w kilka godzin potém ten sam lekarz podpisuje protokół, w którym jest mowa o długości 144cm. wynoszącéj; co jednak najdziwniejsza, że w orzeczeniu lekarze wcale nie uwzględniają długości ciała oceniając wiek niewiasty, a wiadomą przecież rzeczą, że celem oznaczenia wieku długość ciała częstokroć obliczamy w przybliżeniu na podstawie wymiarów kości rurkowych w całości utrzymanych. Znawcy tisza-eszlarscy mieli całe ciało przed sobą, zmierzyli długość jego, a z ważnego tego szczegółu wcale nie korzystali! A jednak długość ciała — przypuściwszy nawet 144cm. — odpowiada wiekowi lat 14, jak o tém umyślnie na kilku osobach tego wieku przekonaliśmy się, pomijając nawet ważną okoliczność, że w urzędowym rysopisie Estery powiedziano: „Wzrostu wysokiego (wysmukłego)." Obducenci natomiast powołują się — na stan szwu czołowego, orzekając, że zmarła miała przynajmniéj lat 18, a może i 20, dla tego, że szew wspomniany już jest zatarty. Nie wiedzieli oni oczywiście, że szew czołowy znika z końcem 2go i na początku 3go roku życia, że co najwięcéj utrzymuje się do 6go roku szew w części nosowéj kości czołowéj, a ta część szwu może nawet istnieć zawsze. Na podstawie więc braku szwu czołowego mogli orzec, że niewiasta ma więcéj aniżeli lat 3—4, a nic więcéj, — ale téż tego wyjaśnienia nikt od nich nie żądał.

A skoro samowolnie pozbawili się najważniejszéj podstawy do ocenienia wieku, to może mieli liczne inne podstawy dla stanowczego orzeczenia swego? Nie rościmy sobie pretensyi do znawców eszlarskich, że nie zbadali dokładnie całego kośćca, a może lepiéj się stało, że nad szkieletem nie rozpisali się, bobyśmy znów spotkali się zapewne z poglądami dziwnemi. Ale zastanówmy się nad szczegółami w protokóle podanemi. Zęby były dobrze utrzymane, w szczęce dolnéj nieregularnie ustawione, wszystkich było 28, brakowało więc tylko ostatnich 4 zębów trzonowych, t. zw. zębów mądrości. Jeżeli uwzględnimy, że przedostatnie zęby trzonowe występują między 13—16 rokiem życia, to obecność 28 zębów nie wyklucza wcale wieku lat 14, tak jak brak zębów mądrości w tym przypadku niczego nie dowodzi, jak tylko że osoba była młodą. Ale skoro obducenci znaleźli nieprawidłowe ustawienie zębów w żuchwie, czy nie wypadało téj nieprawidłowości jak najdokładniéj opisać? Ciekawszą jest zagadka co do włosów. Estera według opisu urzędowego miała włosy krótkie, czarne. Na zwłokach wydobytych z Cisy obducenci znaleźli „skórę czaszkową łysą a łuki brwiowe i części płciowe włosów pozbawione." Albo więc włosy wypadły skutkiem zgnilizny, albo zostały zgolone. Przeciw wypadnięciu zdaje się przemawiać mierny stopień zgnilizny, a za ogoleniem włosów głowowych zdaje się przemawiać wynik badania obducentów, którzy ze skóry czaszkowéj odkrawywali cienkie warstwy poziome, poczém już wolném okiem, a tém bardziéj lupą, ujrzeli cebulki włosowe nieuszkodzone. Wolelibyśmy wprawdzie, aby obducenci zbadali byli cienkie skrawki skóry oraz cebulki same pod mikroskopem, bo w takim razie sąd ich byłby pewniejszym a nadto mogliby byli przekonać się i o barwie włosów,— ale przypuśćmy, że włosy głowowe istotnie były wygolone; dla czego jednak nie badali skóry okobrwiowéj, a témbardziéj z części płciowych, celem przekonania się, czy i w tych okolicach włosy były wygolone; dla czego nie wspominają wcale o obecności lub braku włosów w pachach? Opis tak niedostateczny pozwala co najwięcéj przypuścić z niejakiém podobieństwem do prawdy, że włosy głowowe zostały wygolone, co do innych okolic zaś nie dozwala żadnego sądu, czy włosy wyrosły były i zostały usunięte, lub czy wcale zarostu jeszcze nie było, a tém samém opis nie przemawia przeciw wiekowi lat 14. Co jednak najciekawszém, to że obducenci snać sami nie wiedzieli, co począć z wynikiem takiego badania, bo w orzeczeniu swém nic o włosach nie wspominają.

Idźmy daléj. „Sutki wychudłe." Co to znaczy?

Czy one były już rozwiniętemi, a następnie stały się obwisłemi, jakie były brodawki i ich otoczenie? O tém wszystkiém nie ma wzmianki. A więc mogły być małemi, nierozwiniętemi, odpowiednio wiekowi dziecięcemu. „Macica prawidłowa, pochwa mocno rozszerzona.“ Bardzo trafnie wykazują obrońcy, że prawidłowość macicy niczego nie dowodzi, i że opis pochwy jest nieumiejętny; wprost zaś sprzeciwia się zasadom praktyki sądowolekarskiéj, aby w orzeczeniu uzupełniono wadliwy opis, jak to czynią obducenci, powołując się na brak błony dziewiczéj, nie uczyniwszy w protokóle wzmianki o tym braku. Wcale zaś nie mieli prawa twierdzić na podstawie takiego wyniku badania, że osoba, o którą się rozchodzi, często spółkowała, i wnosić ztąd znów, że musiała mieć więcéj niż lat 14.

Co do rąk i stóp obducenci wyrażają się, że są białe i nadobne, a w protokóle znajduje się nawet ustęp tak ogólnikowéj osnowy, jak „po postaci stóp wnosić można, że zmarła nosiła zawsze obuwie.“ Ma to dowodzić, że zmarła nie była biedną wieśniaczką, a stan części płciowych ma przemawiać za tém, że była wszetecznicą.

Prof. Kovacs zakończa krytykę swoją następującemi słowami: „Z tego wszystkiego zdaniem mojém wynika, że badanie i opisanie zwłok, celem sprawdzenia tożsamości, należało uskutecznić ściśléj i że nie wypadało pominąć szczegółów, w protokóle wcale nie wspomnianych. Wypadało dokładniéj opisać sutki, macicę i części przyległe, włosy części płciowych, pach, rzęsy, barwę włosów na głowie i ustawienie zębów. W braku tych szczegółów dochodzenie jest wadliwém a twierdzenia obducentów pod niektóremi względami są zbyt dodatniemi, nie należycie uzasadnionemi. Czego w opisie nie dostaje pod względem zębów i włosów, to dałoby się uzupełnić przez wydobycie zwłok i ponowne zbadanie.“ Co do wieku prof. K. oświadcza z prawdopodobieństwem, że niewiasta w mowie będąca nie liczyła mniéj niż lat 15, ale że mogła liczyć i 30.

Obrona wyraża przekonanie, że zwłoki wydobyte z Cisy były zwłokami Estery Solymossówny; powołuje ona się na licznych świadków, którzy tożsamość stwierdzili, albo przynajmniéj możebność jéj przypuszczają, że odzież znaleziona na trupie z pewnością rozpoznano jako własność Estery, że wreszcie faktem jest, iż jednéj strony ciała Estery dotąd nie wykryto a z drugiéj strony pomimo rozgłosu nadzwyczajnego nie zdołano dotychczas wykryć pochodzenia trupa wydobytego z Cisy. Nie wchodzimy w inne szczegóły i zarzuty, które obrona czyni sędziemu i sądowi, albowiem ocenienie słuszności lub niesłuszności tych zarzutów już nie do nas należy.

Po rozpatrzeniu się w całéj sprawie nabyliśmy przekonania, że nic nie przemawia przeciw przypuszczeniu, jako niewiasta z Cisy wydobyta liczyła lat 14, owszem z największém podobieństwem do prawdy twierdzić można, że starszą nie była, a tém samém, że niewiasta ta mogła być Esterą Solymossówną. Czy nią była w istocie, to inna rzecz. Rozstrzygnięcie tego pytania zależy od Sądów, a może już teraz jest całkiem niemożebném w skutek mylnego orzeczenia pierwszych znawców i sprowadzenia śledztwa na błędne tory. Ze stanowiska sądowolekarskiego nasuwają się bardzo poważne wątpliwości przeciw przypuszczeniu identyczności trupa, o którym mowa, z Esterą Solymossówną. Esterę widziano po raz ostatni d. 1 kwietnia r. b., a zwłoki niewiasty znaleziono w Cisie d. 18 czerwca, a więc w 79 dni późniéj; przypuściwszy, że Estera utonęła d. 1go kwietnia, wtedy zwłoki jéj znalezione d. 18 czerwca musiałyby całkiem inaczéj wyglądać, aniżeli zwłoki z Cisy wydobyte; ciało, które przez $2\frac{1}{2}$ miesiąca przeszło w porze letniéj leży w wodzie, musiałoby być tak potwornie zmienioném, że wszelkie kuszenie się o rozpoznanie tożsamości przez świadków już na pierwszy rzut oka byłoby daremném. Jeżeli więc ciało znalezione było ciałem Estery, wtedy ostatnia nie umarła 1 kwietnia, lecz znacznie późniéj, i to najwcześniéj w pierwszéj połowie czerwca, jeżeli nie przypuścimy, że zwłoki jéj przez dwa miesiące sztucznie były zachowane, a potém dopiero do wody rzucone, co z góry nie bardzo jest prawdopodobném. Gdyby więc obducenci byli orzekli, jak wypadało, że zwłoki mogły być ciałem Estery, wtedy Sąd powinien był dochodzić, czy Estera nie żyła przez dwa miesiące w ukryciu lub w uwięzieniu, zanim umarła lub zgładzoną została. Taki obrót musiałaby wziąść sprawa, jeżeli w ogóle na sekcyi sąd jakiś oprzeć można, a takiém byłoby nasze orzeczenie, jeżeli zgoła jest prawdą, że zwłoki nie były mocno zgniłemi a opis mózgu jest tylko tworem fantazyi.

W obec takiego dochodzenia sądowolekarskiego atoli, jakiém popisali się znawcy eszlarscy, sprawa jak dotąd nie tylko nie została rozjaśnioną, ale przeciwnie zagmatwaną. Od czasu uskutecznienia sekcyi upłynęło 5 miesięcy przeszło; kto wie, jak prędko gniją zwłoki, na których już raz odbyto sekcyję, a zwłaszcza, jeżeli ciała nie zeszyto starannie, ten nie przypuści, aby spodziewać się należało ważniejszego rezultatu po sekcyi ponownie teraz uskutecznić się mającéj. A jednak każdy za ponowną sekcyją oświadczyć się winien w takich przypadkach. Może ona bowiem dostarczyć rezultatu niespodziewanego, jeżeli np. wykaże, że mózg i dotąd nie jest zamieniony w płyn czekoladowy, a przedewszystkiém badanie dokładne kośćca, zębów i włosów może jeszcze mieć znaczenie niepoślednie dla sprawdzenia tożsamości, a przynajmniéj oznaczenia wieku. Dla tego z prawdziwą przyjemnością powzięliśmy wiadomość o uchwale prokuratoryi i sądu kompetentnego, zgadzającéj się na wydobycie zwłok i poruczającéj odbycie sekcyi ponownéj trzem znawcom prawdziwym, a mianowicie: prof. anatomii opisowéj Mihalkovicsowi, prof. anatomii patologicznéj Scheuthauerowi i zastępcy prof. medycyny sądowéj Belkyemu w Budapeszcie. Wprawdzie *sero paratur medicina*; od tego trzeba było zacząć, ale lepiéj późniéj, aniżeli nigdy. Zapewne dowiemy się niezadługo o wyniku badań tych znawców; bodaj skutek pożądany uwieńczył ich usiłowania, bodaj im się udało naprawić złe, zrządzone przez kolegów niedoświadczonych a jednak zabierających się do czynności tak ważnéj. A ponieważ nie ma nic złego, coby na dobre nie wyszło, to może i smutna sprawa tisza-eszlarska będzie miała ten skutek zbawienny, że w przyszłości znawcy więcéj obliczać się będą z własnemi siłami, zanim wypowiedzą zdanie, które ciężko waży na szali sprawiedliwości!

L. Blumenstok.

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

□ W r. 1877 zużyto chininu 70,000 kilo; w r. 1881 ilość ta wzrosła do 120,000 kilo. Pomimo zwiększonego popytu na chinin cena jego w ostatnich latach spadła, w skutek wzrastającego przywozu kory chinowéj z plantacyj na Ceylonie.

□ Według *D. med. Zeit.* liczba lekarzy w Badeńskiém tak zwiększyła się, że współubiegający się doszli do śmieszności w zniżeniu honoraryjów lekarskich: za leczenie całej rodziny lekarz pobiera w skutek osobnego układu 4—5 marek rocznie.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 12—18 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 22,1 (29,0 z. t.). Z błonicy umarło 1 (0 z. t.); z krztuśca 6 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (1 z. t.); z wścieklizny 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach ospicy, 4 odry, 3 płonicy, 3 błonicy, 2 duru brzusznego. W tygodniu od 5—11 listopada zapadło w Londynie 12 na ospę, umarło 4, leczyło się w szpitalach 71. W Warszawie umarło 11, w Granadzie 12, w Pradze 4, w Paryżu 9, w Petersburgu 18, w Madrycie 31, w Lizbonie 7. W Baltimore panowała ospa w połowie października. Dur brzuszny w Paryżu łagodnieje, umarło 112, leczyło się w szpitalach 1870. W Aleksandryi wzmogła się śmiertelność z duru a złagodniała z czerwonki. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 5—11 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 29,0; w Poznaniu 23,7; w Warszawie 27,8; w Wiedniu 22,2; w Budapeszcie 22,6; w Pradze 32,8; w Tryjeście 26,2; w Berlinie 22,3; w Wrocławiu 31,7 w Gdańsku 20,4 w Mnichowie 24,9; w Dreźnie 20,6; w Lipsku 22,0; w Bazylei 11,4; w Amsterdamie 25,1; w Hadze 20,6; w Paryżu 26,0; w Londynie 20,0; w Kopenhadze 18,5; w Stokholmie 20,5; w Chrystyjanii 14,5; w Petersburgu 28,6; w Odesie 33,5; w Rzymie 20,3; w Wenecyi 24,3; w Bukareszcie 27,6; w Madrycie 33,5; w Lizbonie 22,2; w Aleksandryi 45,6; w Nowym Yorku 20,6; w Filadelfii 17,2; w Bombayu 24,0; w Madrasie 37,6.

J. B.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 30 listopada. Ministerstwo oświecenia potwierdziło nominacyję Dra Władysława Gluzińskiego na asystenta kliniki chorób wewnętrznych, a Dinda Lesława Gluzińskiego na asystenta przy katedrze fizyjologii, jednego i drugiego na 2 lata.

□ **Praga.** Dr. K. Chodounsky redaktor Časopisu lek. č. obrany został wiceprezesem Koła polskiego w Pradze.

* **Wieden.** Książe Karol Teodor bawarski, brat Cesarzowéj Austryjackiéj, przybył na dłuższy czas do Wiednia i odwiedza pilnie szpital powszechny, zwłaszcza klinikę Billrotha.

□ **Z Rosyi.** Wiadomo, że dla braku funduszów ministerstwo poleciło zawiesić wykłady lekarskie dla kobiet w Petersburgu; społeczeństwo rosyjskie za zezwoleniem władzy postanowiło drogą dobrowolnych składek zebrać potrzebną sumę. *Wracz* (Nr. 43) donosi, że do d. 23 października (star. st.) komitet trudniący się zbieraniem składek rozporządzał już poważną sumą 107,000 rsr.

Mieszkańcy miasta Moskwy, bracia Bachruszyny, ofiarowali sumę 450,000 rsr. na założenie w rodzinném swém mieście szpitala na 200 chorych, cierpiących na choroby przewlekłe. (*Wracz* Nr. 43).

W październikowym zeszycie czasopisma: „*Zapiski kiewskaho Obszczestwa Jestiestwoispytatelej*“ znajduje się tymczasowe zawiadomienie prof. Beca o pracy: Szczegółowa budowa kory mózgu człowieka“. Autor porównał mózg mężczyzny i kobiety i doszedł do wniosku, że skręty czołowe (trzeci) mózgowia u kobiet są mniejsze, natomiast część ciemieniowa i tyłogłowowa są więcéj rozwinięte.

□ **Paryż.** D. 23 listopada spaliła się znaczna część dachu wielkiego zakładu dla obłąkanych: Ville Evrard pod Paryżem. Chory, cierpiący na obłąd samobójczy, wkradł się na strych i podpaliwszy wielki skład słomy, rzucił się w ogień, w którym znalazł śmierć. (*Le Progrès médical* Nr. 47).

□ W **Japonii** wychodzi 6 dzienników lekarskich. Najlepsze dzieła lekarskie wydane w Europie przetłumaczono na język japoński; kurs nauk lekarskich jest pięcioletni; egzaminy odbywają się półrocznie; wyzwoleńcy szkoły otrzymują tytuł lekarza „i-haku-szi“.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Królewiec.** Na opróżnioną katedrę położnictwa Wydział lek. przedstawił 4 kandydatów, a mianowicie: Müllera (z Berna), Dohrna (z Marburga), Zweifla (z Erlangi) i Leopolda (z Lipska). — **Wiedeń.** Prof. Albert Reder przesłał Wydziałowi rezygnacyję swoją jako docent prywatny. Natomiast Wydział zyska dwóch nowych docentów prywatnych, a mianowicie prof. anatomii w Akademii sztuk pięknych Dra Frischa i asystenta prof. Meynerta Dra Holländera; pierwszy wykładać będzie chirurgiję, ostatni psychijatryję. — Na życzenie prof. Kundrata zamiast dwóch do tychczasowych demonstratorów ustanowiony będzie 3ci asystent przy zakładzie anatomii patologicznéj. — **Graz.** W bieżącém półroczu zimowém zapisało się w Wydziale lekarskim 190 słuchaczów zwyczajnych i 19 nadzwyczajnych, razem 209 (a więc o 60 mniéj niż w Krakowie; różnicę tę zapisujemy dlatego, że przed kilku laty Wydział lek. w Grazu liczył więcéj uczniów aniżeli krakowski).

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktora w. n. lek. uzyskał w Uniw. Jagiell. p. Michał Janocha z Męcinki w Galicyi.

* **Nekrologija.** D. 17 bm. umarł w Canterbury słynny anatom angielski prof. Jerzy Gulliver w 78 roku życia.— W Padwie umarł Dr. Józef Lazzaretti, prof. medycyny sądowéj tamże, w 70ym roku życia; również umarł znakomity klinicysta włoski prof. Ludwik Concato.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 47: Dunina: Projekt zmiany dotychczasowego sposobu leczenia ropnych wysięków opłucny; Minkiewicza: Spostrzeżenia chirurgiczne. Choroby przyrządu wzrokowego (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 47: Obalińskiego: Zdanie sprawy z ruchu chorych i chorób w klinice chirurgicznéj Uniw. Jag. w r. 1881/2 (c. d.)

Redakcyja otrzymała:

Dr. Stan. SMOLEŃSKI (w Jaworzu): Rzut oka na historyczny rozwój hydroterapii. (Odbitka z Pamiętnika T. l. w. z r. 1882) in 8vo str. 41.

Piśmiennictwo lekarskie. GERDTS A. E. Die Krankheiten d. Sprache u. ihre Heilung 5. Aufl. gr. 8. Bingen. Frankfurt a/M., Jügel's Nachf. cart. M. 4.

HALBERTSMA T. Ueber die Aetiologie d. Eclampsia puerperalis. Lex.-8. Leipzig, Breitkopf et H. M. 75.

HARDY et A. de MONTMÉJA. Atlas des maladies de la peau Av. 60 pl. photogr. et color. 3 éd. 12 Livr. pet. 4. Paris, Lauwereyns à Fr. 6.

HAYEM G. Leçons sur les modifications du sang sous l'influence des agents médicamenteux et des pratiques thérapeutiques 8. Paris, Masson Fr. 12.

ABEGG G. F. H. Beiträge z. Geburtshülfe u. Gynäkologie 3. Bericht üb. d. Hebammen-Lehranstalt zu Danzig (1873—1880). Mit 3 Plänen. gr. 8. Danzig. Saunier. M. 2.

ALBERT E. Diagnostik der chirurgischen Krankheiten in 20 Vorlesungen. 2. Aufl. Mit Holzschn. zr. 8. Wien, Braumüller. M. 7.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 6 b. m. w sali Akademii Umiejętności posiedzenie zwyczajne, na którém kol. Dr. Wolfram okaże przypadek tętniaka tętnicy płucnéj, a następnie Komitet Towarzystwa przedstawi dalsze wnioski zmierzające do reorganizacyi Towarzystwa.

Sprostowanie. W Nrze 46 na str. 606, szpalcie 1éj, w wierszu 21 od góry zam. „prędkie“ czytaj „prędko;“ tamże w wierszu 24, zam. „drugiéj“ czytaj „górnéj;“ tamże w wierszu 5 od dołu zam. „sześciennéj“ czytaj „skokowéj.“ W Nrze 47 na str. 621, szpalta 2 w wierszu 19 od góry zam. *Jodoformi 10·0* winno być: *0·10.*

Do numeru dzisiejszego dołącza się: Pogląd na ruch i postęp zdrojowisk i zakładów klimatycznych krajowych w ciągu pory zdrojowéj roku 1881.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyzanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 9 grudnia 1882. № 49. Rok XXI.

I. Przyczynek do rozpoznawania grużlicy prosowatéj.

Podał Dr. E. Finger,
asystent kliniki prof. Neumanna w Wiedniu.

Chociaż obecnie w nauce o grużlicy największa uwaga klinicystów i anatomów patologicznych zwrócona jest na ustrój drobnowidowy (mikroorganizmy) i stosunek etyjologiczny tegoż do grużlicy, niepospolite jednak znaczenie ma pytanie, w jaki sposób objawia się grużlica w pojedynczych narządach i jakie w nich wywołuje zmiany tak pod względem klinicznym jakotéż anatomicznym.

Od czasu, gdy poczęto dokładniéj badać bieg grużlicy, zwłaszcza gdy Virchow wykazał, że gruzelek prosowaty (*miliarer Tuberkel*) jest pierwszym objawem grużlicy, poznano szereg jéj umiejscowienia. Przekonano się, że osobliwie płuca, wątroba, śledziona, nerki, kiszki, błony surowicze ulegają bardzo często zmianom grużliczym, rzadko zaś skóra i błony śluzowe, a z narządów gruczołowych ślinianki miały być zupełnie wolnemi od grużlicy.

Z tego powodu bardzo pożądany jest każdy przypadek, który oparty na nowych doświadczeniach, co do umiejscowienia gruzełków prosowatych podaje klinicyście nowe sposoby rozpoznawania za życia zmian grużliczych.

Opis dwóch przypadków tego rodzaju będzie przedmiotem niniejszéj rozprawki:

Dnia 12 lutego przyjęto do kliniki syfilitycznéj 32-letniego służącego Ferdynanda Schleinsera z powodu podejrzanego owrzodzenia ust. Badanie następnego dnia uskutecznione wykazało, że chory jest nadzwyczaj źle odżywiony i waży 46½ kgm. Na skórze nie można dopatrzyć się żadnéj zmiany, prawa połowa twarzy w porównaniu z lewą nieco nabrzmiała. Dziąsła prawych górnych i dolnych zębów (trzonowych, kłów i siekaczów), jakotéż błona śluzowa lica są siedzibą płytkiego owrzodzenia, sięgającego ku dołowi po zęby, ku tyłowi po łuk podniebienio-językowy a ku przodowi po kąt ust. Oddzielnie widzimy na błonie śluzowéj wargi dolnéj, w oddaleniu 5mm. od czerwienia wargowego, wrzód wielkości centa. Wszystkie te wrzody są płytkie o dnie nierównem z wejrzeniem słoninowatém, o brzegu torebkowato zatokowatym dokładnie odgraniczonym, wydzielają mało. Na dnie wrzodów, a osobliwie na brzegach w prawidłowéj jeszcze błonie śluzowéj, widzimy rozsiane gruzełki szarawo przeświecające.

Chory pluł przed dwoma laty krwią, skarży się na ogólne osłabienie, kaszel i poty nocne. Badanie fizyczne wykazuje nasięk w szczytach obu płuc, stłumienie odgłosu wypukowego, oddech oskrzelowy i wybitne rzężenia.

Jasną jest rzeczą, że śród tych okoliczności rozpoznano grużlicę płuc i wrzody grużlicze na błonie śluzowéj ust. W obec tak znacznego uwiądu chorego, rozległego nasięku płucnego i podwyższonéj ciepłoty wieczornéj wypadało bardzo niepomyślnie rokować i obawiać się rychłéj śmierci.

Istotnie wszystkie objawy szybko postępują naprzód. Wrzody na błonie śluzowéj ust nie goją się, lecz rozprzestrzeniają się w ten sposób, że gruzełki błony śluzowéj, o których wyżéj wspomniano, rozpadają się i łączą ze sobą i z pierwotnym wrzodem. Sprawa grużlicza w płucach także szybko postępuje, naciek dosięga dolnego kąta łopatki, występuje biegunka i zapalenie opłucny a 23 marca chory umiera.

Badanie pośmiertne d. 24 marca uskutecznione wykazało: przewlekłą grużlicę obu płuc z przyostrym wybuchem dodatkowym w płacie środkowym, wrzody grużlicze. Wycięta część błony śluzowéj wargi dolnéj przedstawiała pod drobnowidem ciekawy obraz: w odsłoniętéj po większéj części tkance podśluzowéj, jakotéż w mięśniach rozproszone są małe komórki; ilość ich zmniejsza się stopniowo w głębszych warstwach. W tym drobnokomórkowym nacieku tkanki widzimy obfitą ilość typowych prosowatych gruzełków rozmaitéj wielkości z jedną komórką lub większą ilością komórek olbrzymich z podścieliskiem siatkowatém, wypełnio-

ném komórkami przybłonkowemi i ziarninowemi, rozpychającemi wiązki mięśni i pasma tkanki łącznéj. Całkiem podobne do tych, a więc siatkowate gruzełki *(reticulirte Tuberkel)* znalazłem w obfitéj ilości w śliniankach wargowych, gdzie one całkowicie lub częściowo wypełniały ich zraziki. W zrazikach leżących w pobliżu takiego gruzełka, osobliwie zaś w miąższu i wykształconym gruzełku jednego i tego samego zrazika, widoczne były ciekawe zmiany. Jak z jednéj strony zgrubienie przegród i większa ilość jąder w tkance łącznéj, tworzącéj powyższe przegrody, dawały do poznania, że takowa brała udział w wytwarzaniu się gruzełków, tak z drugiéj strony można było widzieć i takie obrazy, które przemawiały za czynnym udziałem miąższu. Uwagi godném było zjawisko, że znacznéj ilości zrazików nie wypełniały komórki prawidłowe, wielkie, jasne, bez jąder, niedające się zabarwiać, lecz inne, które były małe, ziarninowe, z jądrami i łatwo dające się barwić. Znajdują one się prawidłowo tylko w przybrzeżnéj części zrazika w kształcie półksiężyca i według twierdzenia Heidenhaina wypełniają zupełnie pęcherzyki drażnionego gruczołu. W niektórych pęcherzykach były komórki półksiężycowe Gianuzziego, nieregularnie ułożone, gęsto zbite i okazywały dzielenie się jąder, podczas gdy inne pęcherzyki były wypełnione komórkami mniejszemi, nieregularnie ułożonemi, jednak podobnemi jeszcze do komórek Gianuzziego. W sąsiedztwie niektórych zrazików znalazłem przegrody i podścielisko nienaruszone, jednak pęcherzyki były wypełnione komórkami ziarninowemi, tworzącemi tkankę siatkowatą w rozmaitych okresach rozwoju. Ponieważ przegrody tych zrazików nie wykazują żadnych zmian lub tylko bardzo nieznaczne, nie są też ani zgrubiałe, ani ilość jąder powiększona, więc nie mogły komórki ziarninowe, wypełniające pęcherzyki, powstać z przegród; zwłaszcza, że wszystkie okoliczności, osobliwie powyżéj przytoczone obrazy drobnowidowe, przemawiają zatém, że wytworzyły się one z bezpośredniego dzielenia się i bujania miąższu.

Przypadek przytoczony stwierdza, że prosowate gruzełki mogą wytworzyć się także i w śliniankach ustnych (chociaż to jest rzadkością) a badanie drobnowidowe wykazuje z wysokim stopniem prawdopodobieństwa, że nietylko tkanka łączna, jak to od czasu Virchowa większa część patologów twierdziła, lecz także i miąższ może brać czynny udział w wytwarzaniu się gruzełków prosowatych.

(Dokończenie nastąpi.)

II. Badania doświadczalne nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim.

Wykonał Dr. Walery Jaworski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

20) Doświadczenie *u.* (Rozczyn HNa_2PO_4+KCl).

A) O 8 g. 20 m. rano naczczo podano do wypicia 500 kcm. rozczynu ogrzanego do 40°C. następującego składu odsetkowego:

Fosforanu dwusodowowodowego 1·372 gr.
Chlorku potasowego 1·000 „

Rozczyn ten utworzono w ten sposób, że rozpuszczono 10·0065 gr. KCl otrzymanego przez topienie $KClO_3$ w tyglu platynowym tak długo, aż się gaz po dłuższém żarzeniu więcéj nie wywiązywał, jakoteż w przybliżeniu odważoną ilość chem. czystego, kilkakrotnie przekrystalizowanego HNa_2PO_4 w jednym litrze wody przekroplonéj; rozczyn fosforanu sodowego oddziaływał na papierki kurkumowe obojętnie, a na lakmusowe alkalicznie, a ani z $HCl+BaCl_2$, ani z HNO_3+AgNO_3 nie dawał zmącenia.

20 kcm. zadanego rozczynu odparowane do suchości i ogrzane do stopienia dały 0·4575 gr. pozostałości, od czego odtrącając 0·2001 grm. tj. ilość odpowiednią zawartości KCl w 20 kcm. rozczynu pozostaje 0·2574 $Na_4P_2O_7$; inne 20 kcm. strącone siarkanem magnowym wydały 0·2144 $Mg_2P_2O_7$.

B) O 8 g. 59 m., do którego to czasu badany spokojnie siedział, zdołano wyciągnąć 245 kcm. płynu mętnawego śluzowego nieco żółtawego, oddziaływania alkalicznego. Skład odsetkowy téj cieczy żołądkowéj okazał się następujący:

HNa_2PO_4 = 0·9180 gr.
KCl = 0·7554 „
Chloru: { 122·5 kcm. dziesiętnonorm. rozczyn $AgNO_3$ czyli 0.4337 gr. Cl.

gdyż dwie próby po 20 kcm. wydały po strąceniu siarkanem magnowym 0·1439 i 0·1434 $Mg_2P_2O_7$.

50 kcm. cieczy żołądkowéj przesączonéj wyparowano w miseczce platynowéj do suchości, pozostałość zwęglono i wyciągnięto wodą przekroploną i strącono za pomocą $PtCl_4$, to otrzymano 1·133 $PtCl_4+_4KCl$; z przesączu zaś, odparowanego i wyługowanego wyskokiem, zebrano na sączku jeszcze 0·105 $PtCl_4+2KCl$; razem więc ilość chlorku platynowo-potasowego otrzymanego z 50 kcm. cieczy żołądkowéj wynosi 1·238 gr. Dwie próby po 5 kcm. przesączonéj cieczy żołądkowéj po zobojętnieniu kw. azotowym zużyły aż do wystąpienia żółtego zabarwienia 6·10 i 6·15 kcm. dziesiętnonormalnego rozczynu $AgNO_3$, co czyni na 100 kcm. cieczy 122·5 kcm. rozczynu srebrowego, czyli 0·4337 gr. Cl, a odejmując ztąd ilość Cl odpowiadającą 0·7554 otrzymanego chlorku potasowego w ilości 0·3593, pozostanie na chlor zawarty w 100 kcm. cieczy żołądkowéj a zawdzięczający swoje pochodzenie tylko wydzielaniu przez błonę śluzową żołądka, 0·0734% gr.

Ilość ta chloru porównana z dośw. 4 i 6 jest prawie taką, jaką otrzymano po wprowadzeniu wody przekroplonéj do żołądka, czyli inaczéj mówiąc obecność chlorku potasowego nie przyczyniła się wcale do wydzielenia obfitszéj ilości chloru w żołądku, podobnie jak zauważono to i co do chlorku sodowego w dośw. 17.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Zmiana w stosunku zawartości odsetkowéj w cieczy *A* i *B* wynika z następującego zestawienia:

	HNa_2PO_4	: KCl	
W cieczy zadanéj	1·372	: 1·000	= 1·372
„ „ żołądkowéj	0·9180	: 0.7554	= 1·215

z czego wynika, że zawartość odsetkowa fosforanu sodowego względem chlorku potasowego zmniejszyła się

$$\alpha = \frac{1·372}{1·215} = 1·129 \text{ razy}$$

Ztąd stosunek zgęszczenia soli w cieczy żołądkowéj w porównaniu z rozczynem sodowym przedstawi się

$$HNa_2PO_4 \underset{1.129}{<} : KCl$$

a porównywając ubytek odsetkowy (wessanie) obydwu soli będzie:

$$HNa_2PO_4 \underset{1.129}{>} KCl$$

co znaczy, że fosforan sodowy doznaje w żołądku większego wessania, niż chlorek potasowy.

21) Doświadczenie *w.* (Rozczyn $MgCl_2+KCl+FeCl_2$).

A) O 8 g. 27 m. rano naczczo podano do wypicia 500

kcm. roztworu ogrzanego do 40°C. następującego składu odsetkowego:

Chlorku magnowego 0·9609 gr.
„ potasowego 1·0121 „
„ żelazawego 0·0549 „

Utworzenie powyższego roztworu i oznaczenie jego składników uskuteczniono w następujący sposób:

a) 240 kcm. roztworu chem. czystego $MgCl_2$, dla którego w dwóch oznaczeniach po 5 kcm. znaleziono 0·2349 i 0·2334 przeciętnie 0·2341 $Mg_2P_2O_7$ odpowiednio 0·2002 $MgCl_2$;

b) potém 10·1210 gr. chem. czystego przez żarzenie $KClO_3$ otrzymanego chlorku potasowego;

c) i 25 kcm. $FeCl_2$, otrzymanego przez rozpuszczenie nadmiaru żelaznego drutu w HCl, który to roztwór w dwóch oznaczeniach po 10 kcm., po utlenieniu, strącony octanem żelazowym wydał 0·2780 i 0·2768 przeciętnie 0·2770 Fe_2O_3 odpowiednio 0·2196 $FeCl_2$, czyli na 25 kcm. cieczy 0·5490 $FeCl_2$;

te więc ilości soli, pod *a*, *b*, *c* wymienione, zmięszano i w kolbce litrowéj wodą przekroploną do 1000 kcm. dopełniono, a z tego 500 kcm. do 40°C. ogrzano, przyczém roztwór otrzymał odcień żółty i takąż opalizacyję; na papierki lakmusowe oddziaływał jednak kwaśno.

B) O 8 g. 58 m., do którego to czasu badany spokojnie siedział, zdołano wyciągnąć 510 kcm. cieczy żółtawéj, mętnéj, oddziaływania kwaśnego; ciecz tę mocno kłócono i następujący skład odsetkowy w niéj znaleziono:

$MgCl_2$ = 0·7708 gr.
KCl = 0·8376 „
$FeCl_2$ = 0·0458 „

Liczby te wypadają z następujących rozbiorów:

100 kcm. cieczy żołądkowéj kilkakrotnie z HNO_3 wygotowane, ze sodą w nadmiarze wyparowane i wyżarzone, we wodzie królewskiéj rozpuszczone, sodą zobojętnione i octanem sodowym strącone, wydały 0·0578 Fe_2O_3 odpowiednio 0·0458 $FeCl_2$.

W przesączu od $H_6Fe_2O_6$ przez odparowanie rozcz. zagęszczonym strącono magn fosforanem sodowym i otrzymano 0·9014 $Mg_2P_2O_7$ odpowiednio 0·7708 $MgCl_2$.

W celu oznaczenia KCl, odparowano 25 kcm. cieczy żołądkowéj ze sodą wolną od potasu do suchości, i wyżarzono, pozostałość tak długo wymywano na sączku gorącą wodą, aż oddziaływanie na chlor znikło, przesącz otrzymany zagęszczono, kwasem solnym zobojętniono i chlorkiem platynowym strącono; osad na sączku zebrany wydał 0·6705 $PtCl+2KCl_4$, a przesącz z niego odparowano, wyskokiem wymyto i otrzymano jeszcze 0·016 chlorku platynowo-potasowego, co czyni razem na 25 kcm. cieczy żołądkowéj 0·6865 $PtCl_4+2KCl$ odpowiednio 0·2094 KCl.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Dla zmiany w stosunku zawartości odsetkowéj soli w cieczach *A* i *B* mamy:

	KCl	:	$MgCl_2$	
W cieczy zadanéj	1·0121	:	0·9609	= 1·053
„ „ żołądkowéj	0·8376	:	0·7708	= 1·111

Ciecz żołądkowa stała się dla $MgCl_2$ więcéj rozcieńczona i to

$$\alpha = \frac{1·111}{1·053} = 1·055 \text{ razy}$$

Ztąd stosunek zgęszczenia soli w cieczy żołądkowéj względem zadanéj będzie:

$$MgCl_2 \underset{1.055}{<} : KCl$$

z czego wnioskując o różnicy we wessaniu obydwóch soli, otrzymamy wyraz

$$MgCl_2 \underset{1.055}{>} KCl,$$

chlorek więc magnowy ulega w żołądku w większéj ilości wessaniu, niż chlorek potasowy.

W ten sam sposób uskuteczniają się porównania między KCl, a $FeCl_2$.

	KCl	:	$FeCl_2$	
W cieczy zadanéj	1·0121	:	0·0549	= 18·435
„ „ żołądkowéj	0·8376	:	0·0458	= 18·288

ztąd

$$\alpha = \frac{18·435}{18·288} = 1·008$$

a zmiana w stosunku zgęszczenia soli:

$$KCl \underset{1.008}{<} : FeCl_2$$

z czego różnica wessania względnego

$$KCl \underset{1.008}{>} FeCl_2$$

co znaczy, że chlorek potasowy doznaje w żołądku nieco większego wessania, niż chlorek żelazawy. Porównywając jeszcze zgęszczenie roztworów dla chlorku magnowego i żelazawego będzie:

	$MgCl_2$	:	$FeCl_2$	
W cieczy zadanéj	0·9609	:	0·0549	= 17·502
„ „ żołądkowéj	0·7708	:	0·0458	= 16·829

$$\alpha = \frac{17·502}{16·829} = 1·040$$

dla tego stosunek zgęszczenia soli w cieczy *B*

$$MgCl_2 \underset{1.040}{<} : FeCl_2$$

a zachowanie się wzajemne soli pod względem wessania

$$MgCl_2 \underset{1.040}{>} : FeCl_2$$

co znaczy, że chlorek magnowy doznaje większego wessania w żołądku, niż $FeCl_2$.

Do porównania wessania wszystkich trzech soli służy następujące zestawienie:

$$MgCl_2 \underset{1.055}{>} KCl$$

$$MgCl_2 \underset{1.040}{>} FeCl_2$$

$$KCl \underset{1.008}{>} FeCl_2$$ ztąd wnioskując wypada że

$$\overline{MgCl_2 \underset{1.055}{>} KCl \underset{1.008}{>} FeCl_2}$$ ulega wessaniu po upływie 31 minut.

(C. d. n.)

III. Oceny i sprawozdania.

L a n d o u z y: **W jaki sposób i z jakich przyczyn nabawia się człowiek gruźlicy.**

We wstępie zastanawia się autor nieco dłużéj nad potrzebą poznania przyczyn gruźlicy (łącząc w tém wyrażeniu nietylko gruźlicę prosówkową, lecz także t. zw. suchoty płucne „*la phthisie pulmonaire*“, która w samym Paryżu pochłania miesięcznie do tysiąca ofiar. Przyznaje, że w tym kierunku wiele już zrobiono; twierdzi słusznie, że znajdujemy się dziś w okresie reformy w nauce o suchotach i gruźlicy; większa jednak część pracy jeszcze przed nami.

Przechodząc do właściwego zadania twierdzi autor, że przyczyny usposabiające dadzą się wszystkie ująć w pojęciu: „n ę d z a w z n a c z e n i u f i z y j o l o g i c z n é m“ (wyra-

żenie prof. Bouchardata). Tu zalicza autor na pierwszém miejscu brak powietrza i brak pożywienia już to w zwykłém, już to w ubocznem znaczeniu. Szczególniéj ostrzega przed powietrzem po kilkakroć wdychaném i wydychaném w miejscach zamkniętych a szczupłych; wykazuje, jak często ludzie nawet zamożni cierpią w skutek niedostatku powietrza poświęcając na salon największy, a na sypialnię najmniejszy pokój. Jako dalszy rodzaj „nędzy w znaczeniu fizyjologicznem" przytacza autor wpływy umysłowe, zaliczając tu troskę, smutek, bezczynność i nudy. W końcu w rzędzie ostatnim stawia osłabienie, wynędznienie organizmu już to nabyte przez cierpienia innéj przyrody, już to wrodzone. To ostatnie napotykamy najczęściéj u osób pochodzących od rodziców gruźliczych, także zołzowych, kiłowych, lub ogólnie słabowitych, z małżeństw źle dobranych itp. Autor twierdzi, że głównie w ten sposób należy w ogóle pojmować dzidziczność gruźlicy, t. j. nie jako gruźlicę wrodzoną, lecz jako wrodzoną do tego właśnie cierpienia skłonność, któréj ludzie ci zazwyczaj ulegają.

Chcąc wykazać przyczynę wywołującą gruźlicę, należy się przedewszystkiém zastanowić nad jéj przyrodą. Dawniéj zbywano tę sprawę albo milczeniem, albo ogólnikami. Późniéj już zaliczano ją do chorób z rodzaju diatez. W ostatnich dopiero czasach nowsze poszukiwania skłaniają nas do przyjęcia gruźlicy w poczet chorób zakaźnych. Za tém przynajmniéj przemawia bardzo wiele a do ostatecznego załatwienia téj kwestyi brakuje nam chyba tylko odkrycia owego elementu, który gruźlicę wywołuje, hodowania go sztucznego poza organizmem i wykazania, że ten sztucznie hodowany żywioł wywołuje w organiżmie znowu gruźlicę [1]). Nim to nastąpi, możemy dojść do tego celu drogą rozumowania. Tu autor stara się udowodnić zakaźną przyrodę gruźlicy, a jako dowód najgłówniejszy przytacza doświadczenia Villemina, Chauveaua, Tappeinera, Klebsa, Martina, Krishabera i innych. Prace te i doświadczenia, które jako znane pomijamy, wystarczają autorowi do przyjęcia gruźlicy w poczet chorób zakaźnych. Przeciwnikom téj teoryi zarzuca autor głównie, że obawiają się przypuścić zakaźność gruźlicy, aby nie musieli równocześnie przypuścić i dalszéj konsekwencyi, t. j. zaraźliwości gruźlicy. A przecież są liczne fakty, które jeżli nie dowodzą niezbicie zaraźliwości gruźlicy, przecież zwracają uwagę lekarza w tę stronę i każą mu w każdym razie zachować ostrożność i postępować tak, jakby zaraźliwość gruźlicy była już stwierdzoną.

Tak np. kobiety przedtém zupełnie zdrowe, z rodzin, w których gruźlicy nie bywało, wyszedłszy za mąż za człowieka z rodziny gruźliczéj lub cierpiącego na początki suchot płucnych z przebiegiem przewłocznym, ulegają często gruźlicy. Z własnego doświadczenia przytacza autor kilka podobnych przypadków; w jednym z nich mąż z rodziny gruźliczéj owdowiał w ten sposób cztery razy (!), a sam cierpiał na suchoty płucne z przebiegiem przewłocznym i późniéj dopiero umarł.

Lekarze szpitalni nie rzadko widzą, że chorzy o gruźlicę niepodejrzani ani jéj nieokazujący, przybywszy do szpitala z powodu innego zupełnie cierpienia, jak uwiąd rdzeniowy, gościec, nieżyt żołądka itd. po kilkomiesięcznym pobycie w szpitalu dostają gruźlicy, zwłaszcza jeżli w ich sąsiedztwie leżał suchotnik.

Wykazy wreszcie statystyczne armii francuzkiéj stwierdzają, że gruźlica rokrocznie coraz więcéj pochłania ofiar z szeregów ludzi wyborowo zdrowych; zwłaszcza niektóre pułki umieszczone zawsze w tych samych koszarach dostarczają znacznego pocztu gruźliczych. W czasach wojny zaś, gdy wojsko przebywa głównie na wolném powietrzu i przez to mniéj jest sposobności do szerzenia się téj zarazy, statystyka wykazuje w armijach o wiele mniéj przypadków gruźlicy niż w czasie pokoju, choć inne warunki sprzyjają rozwojowi gruźlicy.

Z tych więc powodów autor powołując się na prof. Jaccouda radzi raz jeszcze lekarzom postępować tak, jakby gruźlica była uznaną za chorobę nietylko zakaźną lecz i zaraźliwą. (*Progrès médical*, 1882, Nr. 33—37). *J. G.*

Frisch: **Etyjologija twardziela nosa** (*Rhinoscleroma*).

Teoryja grzybkowa z dniem każdym zwiększa swój obszar, a choroby, którym do niedawna odmawiano wszelkiéj styczności z mikroorganizmami, wyłaniają się w końcu jako „grzybkowe." Tyczy się to i choroby wymienionéj w napisie. W r. 1870 opisał po raz pierwszy Hebra to zboczenie uważając je za sprawę nowotworową, podobnie jak późniéj nieco utrzymywał i Kaposi. Geber i Mikulicz przeciwnie, opierając się na zmianach anatomicznych, utrzymywali, że nacieczenie komórkowe, stanowiące w przeważnéj części podstawę histologiczną téj choroby, należy uważać za objaw przewłocznéj sprawy zapalnéj, sadowiącéj się w tkaninie schorzeniem tém dotkniętéj. Również ciemną była i przyczyna choroby. Jedni upatrywali związek z kiłą, czemu znów inni (Hebra) stanowczo przeczyli. Rzecz tedy, jak widać, wcale jeszcze niewyświecona.

Poniżéj zdajemy sprawę z pracy (*Wiener med. Wochenschrift* Nr. 32 rb.), opierającéj się na ścisłych badaniach drobnowidowych, a która „twardziel nosa" przedstawia w całkiem odmienném i jak sądzimy prawdziwém świetle. Z badań autora, odnoszących się do 12 przypadków, można wnosić, że przyczynę twardziela nosa stanowi przewłoczny miejscowy bodziec swoisty zapalny. We wszystkich przypadkach stwierdził F. obecność charakterystycznych bakteryj, usadowionych tak w samych komórkach jak pomiędzy niemi lub w przestworach włókienek. Kształt ich odpowiada laseczce nader krótkiéj. Wymiar podłużny jest półtora razy większy od poprzecznego. Najczęściéj widać bakteryje te w parach po dwie (Immers. $^1/_{20}$ olejna mikr. Reicherta). Przy małém powiększeniu wydają się prawie kuliste, przypominające zaczynniki, gdyby nie ugrupowanie, które je wyróżnia. Zazwyczaj wśród saméj komórki tkwi bakteryja. Pomiędzy komórkami lub w przestworach tkanki łącznéj zjawia się rzadko. Najliczniéj tkwią bakteryje w owych wielkich jakby napęczniałych komórkach, przedstawiających, zdaniem Mikulicza, wstecznie przeobrażone komórki nacieku. Przeobrażenie to, jak sądzi F., jest skutkiem obecności wspomnianych pasorzytów. Można bowiem wykazać istnienie całego szeregu postaci przejściowych, począwszy od komórek zawierających w swém wnętrzu tylko 2—3 bakteryj, aż do komórek napęczniałych 5 razy większych, wypełnionych znaczną ilością pasorzytów. Niektóre komórki są prawie szczelnie bakteryjami wypełnione. Na pionowych skrawkach guzów twardzielowych spostrzega się szczególniejsze rozpołożenie owych komórek wstecznie przeobrażonych. Im bliżéj ku powierzchni, tém więcéj komórek takich a w niektórych miejscach widać, że warstwy tuż pod przyskórkiem położone na wskroś składają się z tych napęczniałych komórek, łudząco nieraz podobnych do utkania tłuszczowego. Wszelako

[6]) Wówczas Koch nie ogłosił był jeszcze swych odkryć. *Spraw.*

nie wszystkie komórki okrągłe utkania twardzielowego ulegają takiéj przemianie. Znaczna ich część przeistacza się na komórki wrzecionowate, wśród których czasem spostrzedz jeszcze można bakteryje, prawdopodobnie obumarłe. Nadmienić jeszcze wypada, że obrazy powyższe można było stwierdzić zarówno i w guzach z jamy nosa, z wargi lub podniebienia miękkiego pochodzących [1]). Próby przeszczepiania twardziela nosowego wypadły niepomyślnie, nie wyklucza to oczywiście możebności przenoszenia téj choroby.

Poszukiwania tedy autora dają się streścić w sposób następujący:

1) W utkaniu twardziela nosa zjawia się stale swoista postać bakteryj nieruchomych.

2) Bakteryje owe cechują się szczególniejszém ułożeniem wśród komórek utkania (ułożenie nieraz przyścienne).

3) Owo przeobrażenie wsteczne komórek tak cechujące najprawdopodobniéj jest następstwem działania opisanych bakteryj.

4) Pewna część utkania chorobowego zostaje przez bakteryje nietkniętą. Ta właśnie część przeobraża się zwolna w tkankę włóknistą, którą należy uważać jako wytwór przewłocznego bodźca zapalnego, podtrzymywanego w swém działaniu obecnością bakteryj. Zgodnie z innymi autorami stwierdza F., że w twardzielu nosa nigdy nie rozwija się rozpad tkanki nacieklé], która przeciwnie przechodzi w twardą bliznę. Istotą sprawy omówionéj jest zatém przewłoczne zapalenie.

Przeciw identyfikowaniu sprawy téj z trądem przemawia wiele szczegółów, a między innemi zupełnie odrębny rodzaj laseczników.

(W najnowszém dziele Auspitza o chorobach skórnych znajdujemy twardziel nosa w poczcie t. zw. nowotworów granulacyjnych. Jakkolwiek zdaniem tego autora sprawa przerzeczona wychodzi, jak kilka innych podobnych, z naczyń krwionośnych, to przecież szczegóły odnoszące się do budowy twardziela są w ogólności zgodne z wynikami innych badaczy. Zaliczywszy nowotwór ten do ziarniaków położył Auspitz przez to samo już nacisk na jego pokrewieństwo z innemi nowotworami téjże grupy, a które, jak na teraz, prawie bez wyjątku w ścisłym etyjologicznym związku zostają z bakteryjami. Potrzeba jeszcze było wykrycia pasorzytów, dokonał tego F. Jest to nowy tryjumf szkoły Klebsa. *Przyp. Sprawozd.)* *Dr. Pisek.*

Czerny: **Przyczynki do wycięcia macicy przez pochwę.**

Operacyja Freunda, polegająca na wycięciu rakowatozwyrodniałéj macicy przez jamę brzuszną, straciła wkrótce swoich zwolenników z powodu znacznéj śmiertelności, która według obliczeń Hegara i Kaltenbacha dochodzi do 71%. Zamiast téj tak niebezpiecznéj operacyi polecił C. przed kilku laty wycięcie macicy przez pochwę a nowa ta metoda zyskała sobie wkrótce wielkie powodzenie; wszyscy prawie znakomitsi chirurgowie próbowali jéj z wielkiém zajęciem a świetne wyniki Olshausena i Schrödera skłoniły nawet Freunda do przyznania pierwszeństwa nowéj operacyi raka macicy. Rzeczywiście wycięcie macicy przez pochwę ma wiele zalet przed operacyją Freunda; operując bowiem przez pochwę można łatwiéj oznaczyć granice nowotworu, łatwiéj uniknąć zranienia pęcherza i moczowodów, odpada nieobojętne nigdy dla choréj odsłonięcie jelit i niebezpieczeństwo zakażenia otrzewny rozpadającym się nowotworem. Doświadczenie przekonało téż, że wycięcie macicy przez pochwę daje znacznie lepsze wyniki niż operacyja Freunda, gdyż według zestawienia Czernego z pomiędzy 81 przypadków kolpohysterotomii (z tych 8 opisał Czerny), umarło tylko 26 chorych, co stanowi 32% śmiertelności, zatém przeszło dwa razy mniéj niż po operacyi Freunda.

Sposób postępowania przy wycięciu macicy przez pochwę starannie jest wyłuszczony w pracach Schrödera, Olshausena, Martina a zwłaszcza Mikulicza. Czerny sam postępuje w następujący sposób.

Co do przygotowania pola operacyjnego, to nie wystarcza obmycie nowotworu 5% rozczynem karbolu, należy nadto rozszerzyć szyję macicy i wypłukać jéj jamę najlepiéj cewnikiem Bozemana. Jeżeli chora nie jest zbyt osłabiona, można przed wycięciem macicy wyskrobać miękkie masy nowotworu ostrą łyżeczką.

Do skrapiania pola operacyjnego używa C. 1% karbolu będąc przekonanym, że rozczyn ten wystarcza do zachowania czystości przeciwgnilnéj a rozczyn 2 do 3% pomijając obawę zatrucia karbolowego przecie nie jest w stanie zniszczyć siły istot zakaźnych.

Okrojenie sklepienia pochwy i oddzielenie szyi macicy od otaczających tkanin narzędziami tępemi lub w razie potrzeby ostremi, powinno być, jak to słusznie poleca Mikulicz, jak najdokładniejsze i najrozleglejsze, przyczém dla zrobienia sobie miejsca korzystnie jest rozciąć międzykrocze.

Otwarcie otrzewny nie sprawia znaczniejszych trudności, najłatwiéj znaleść ją w tylném sklepieniu. Jeżeli jednak w miejscu tém znajdują się silniejsze zrosty, natenczas można macicę wydobyć także przez sklepienie przednie.

Zranienie pęcherza przytrafiło się C. dwa razy, powikłania tego można łatwiéj uniknąć przez dokładne i rozległe oddzielenie macicy *in situ*, nim się otworzy jamę brzuszną, zwłaszcza jeżeli według rady Mikulicza wprowadzi się cewnik do pęcherza w celu oznaczenia sobie jego tylnéj ściany.

Wydobycie macicy najłatwiéj udaje się za pomocą podwójnego haka tępego, który zakłada się na szczyt macicy, dopiero gdy ta ukaże się w ranie pochwy, można ją chwycić kleszczami Museauxa lub przymocować pętlą z grubego jedwabiu.

Co do tamowania krwotoku to ucisk aorty palcami pomocnika może być w trudnych przypadkach bardzo pomocny. Naczynia przecięte w sklepieniu pochwy należy podwiązać każde z osobna. Najtrudniéj zapanować nad krwotokiem możebnym z tętnic macicznych; a C. radzi z własnego doświadczenia, aby tętnice te dokładnie oddzielić, podwiązać je osobno, a nadto dla większéj pewności założyć z pomocą kleszczy Billrotha podwiązkę *en masse.*

Oddalenie lub zostawienie jajników zdaje się obojętne; w pierwszym razie należy je osobno ściągnąć do pochwy, koło osady podwiązać podwójnie i odciąć z trąbką lub bez niéj.

Co do leczenia następowego, to zdaje się, że niebezpieczeństwo następowego zakażenia otrzewny jest małe, je-

[1]) Co do sposobu badania widać, że autor sumiennie korzystał z najnowszych postępów techniki drobnowidowéj. Skrawki wyskokowe barwił anilinowemi barwikami. Metylena barwi bakteryje najlepiéj. Rozczyny barwików były zawsze rozczynami wodnemi jednoprocentowemi. Szczególniéj dokładne obrazy można otrzymać, jeżeli zabarwione i obmyte skrawki włoży się na 2—3 minut do ½% rozczynu węglanu potasowego. Jeżeli następnie użyjemy do wyjaśnienia preparatu wyskoku i olejku goździkowego, to odbarwia się całe utkanie a tylko bakteryje zatrzymują barwik. Hodowanie bakteryj przedsiębrał F. według znanych sposobów Kocha, i już po kilku godzinach mógł stwierdzić znaczne rozmnożenie się tych grzybków.

żeli tylko nie dostały się do jamy brzusznéj podczas lub zaraz po operacyi. Nawet dokładne zespojenie otrzewny nie jest potrzebne, tém mniéj, że według spostrzeżeń Mikulicza rana w sklepieniu pochwy zamyka się sama na kształt wentyla. W celu zapewnienia się jednak przed możebném wypadnięciem jelit zakłada C. 3 do 5 szwów a w oba końce rany wprowadza sączki sięgające do jamy brzusznéj. Posypanie rany cienką warstwą proszku jodoformu i lekkie wypełnienie pochwy gazą jodoformową stanowi najodpowiedniejszy opatrunek i czyni zbytecznem nawet częste płukanie pochwy rozczynami przeciwgnilnemi.

Wycięcie rakowato zwyrodniałéj macicy jest operacyją racyjonalną i dla dobra chorych wskazaną, jak tego dowodzi następujące zestawienie. Z pomiędzy 70 chorych przyjętych do kliniki C. z rakiem macicy, w 51 przypadkach sprawa chorobowa była tak daleko posunięta, że możebne było tylko przyniesienie ulgi chorym przez wyskrobanie, przypiekanie nowotworu żelazem, chlorkiem zynku, kwasem chromowym itp. Polepszenie jednak trwało w najlepszym razie do 4 tygodni, poczém wracało wszystko do dawnego bardzo przykrego stanu. Z pomiędzy tych 51 chorych umarło 4 z zapalenia kołomacicznego.

Resztę, tj. 49 chorych, operowano radykalnie przez wycięcie macicy, z tych umarło 7, z pozostałych 12 chorych połowa była wolną od nawrotu choroby. Wyniki te mogą być jeszcze lepsze, jeżeli w każdym przypadku trzymać się będziemy ścisłych wskazań co do sposobu operowania.

Wycięcie macicy przez pochwę nadaje się w obec raków szyi macicy; ostatnia jednak musi być ruchoma a dostęp do miednicy obszerny.

Amputacyja nadpochwowa (operacyja Schrödera) wskazana jest dopóty, dopóki nowotwór nie dosięga ujścia wewnętrznego macicy.

Wreszcie dla operacyi Freunda pozostają przypadki, w których macica jest znacznie powiększona, mało ruchoma, a jeżeli możemy spodziewać się, że nam się uda wydalić wszystkie części zwyrodniałe. W razach, gdzie części kołomaciczne są już nowotworowo naciekłe, gdy dadzą się wyczuć powiększone gruczoły limfatyczne, należy zaniechać operacyi radykalnéj, a ograniczyć się do wyskrobania lub wypalenia mas nowotworowych. Gdy z czasem po zupełném wydoskonaleniu sposobu operowania i leczenia wycięcie macicy stanie się operacyją bardzo mało niebezpieczną, natenczas wskazanie do jéj wykonania może się rozszerzyć do nieuleczaych innym sposobem a bardzo przykrych opadnięć i zgięć macicy. *(Berlin. klin. Wochenschr.* Nr. 46—47). *Dr. Schramm.*

Prof. Tamassia (w Pawii): **O możności powrócenia płuc do stanu niedodmowego.**

Wiadomo. że słynna rozprawka prof. Schrödera pt. *„Kann aus Lungen Neugeborener, die geathmet haben, die Luft wieder vollständig etweichen?* (*Archiv f. klin. Med.* 1869, VI, str. 398—420) wywołała przewrot w pojęciach fizyjologicznych, gdy nie tylko on na pytanie powyższe odpowiedział twierdząco, ale i inni (Krahmer, Hecker, Hofmann, Lichtheim), tak jak przedtém Thomas, Ermann, a później Runge (p. Przegl. Lek. z r. b. Nr. 19) możność zupełnego ustąpienia powietrza z płuc, które oddychały, przypuszczali. Wprawdzie już Hecker zwrócił uwagę, że słabą stroną téj nauki jest okoliczność, że nie możemy jéj stwierdzić drogą doświadczenia, a Hermann (w archiwie Pflügera 1879, XX, str. 365—370) zdał sprawę z doświadczeń swych ujemnych, ale w ostatnich 3 latach nauka w mowie będąca uchodziła już za pewnik. Otóż Tamassia na Zjeździe lekarzy włoskich odbytym w Modenie we wrześniu rb. mówił o swoich doświadczeniach w tym kierunku przedsiębranych, a wyniki takowych streścił w następujących zdaniach: 1) Rozbiór dokładny przypadków, przytoczonych przez Thomasa, Schrödera, Heckera, Ermanna poucza, że w niektórych z nich nie ma mowy o prawdziwém oddychaniu, lecz istniało tylko głośne drganie powietrza w gardle *(nelle fauci)*, w innych zaś przypadkach nie uskuteczniono próby płucnéj z należytą dokładnością.

2) Pomięszanie powstałe pomiędzy pojęciem niedodmy w znaczeniu klinicznem a pojęciem niedodmy w znaczeniu sądowolekarskiém (bezwzględny brak powietrza) przyczyniło sie nie mało do uzasadnienia teoryi Schrödera o dobrowolném powrocie płuc do stanu niedodmowego.

3) We wszystkich przypadkach, przytoczonych przez Schrödera i innych autorów, rozchodziło się o noworodków albo niedojrzałych albo bardzo słabych, zmarłych śmiercią powolną, a więc nie taką, jaka ma miejsce w dzieciobójstwie.

4) Bezpośrednie doświadczenie, czynione na płucach królików, psów i dzieci, które zaledwie oddychały, poucza, że płuca, sobie samym pozostawione, nigdy dobrowolnie nie tracą tyle powietrza, aby rzucone do wody opadały na dno naczynia.

5) Doświadczenie bezpośrednie, czynione na płucach królików, psów i ludzi, którzy oddechali kilka minut, kilka godzin lub dłużéj, oraz na płucach płodowych ale wydymanych, poucza, że potrzeba ciśnienia ogromnego, które wynosi u dziecka, (po oddychaniu przez 20—30 minut) 1 kilogr. 2,248 na 1 cm. sześć. płuca przez 9 godzin, a u dorosłego 1 kilogr. 9,228 na 1 cm. sześć. przez 18 godzin, zanim płuca tracą zdolność do pływania we wodzie.

6) Płuca mało rozszerzone w skutek oddychania, płuca przekrwione, wydęte, potrzebują nieco mniejszego ciśnienia od płuc prawidłowych, aby utracić zdolność pływania.

7) Wyjmując wiek zgrzybiały przypuścić można, że im starsze jest indywiduum, tém bardziéj opierają się płuca ustąpieniu powietrza w skutek ucisku.

8) Wśród konania dłuższego płuca mniejszy stawiają opór uciskowi.

9) Odporność ta jest jednak znacznie zmniejszoną od chwili rozpoczynającéj się zgnilizny.

10) Teoryja Schrödera z tych powodów nie ma żadnéj podstawy dodatniéj; jeżeli więc próba płucna i inne próby pierwszą uzupełniające wskazują, że w płucach nie ma powietrza, można orzec z całą pewnością, że dziecko nigdy nie oddychało.

(Podaliśmy wnioski ostateczne autora, tak jak je znaleźliśmy w ostatnim zeszycie *Rivista sperim. di Medicina legale* (1882, Anno VIII, fasc. II), który nas właśnie doszedł. Z sądem o tych zdaniach wstrzymać się musimy aż do ogłoszenia rozprawy całéj, z któréj poznamy sposób postępowania autora. W obec doświadczeń zwłaszcza Lichtheima wnioski autora na teraz przyjąć możemy z ostrożnością i pewném zastrzeżeniem). *L. B.*

Wiadomości pomniejsze.

Dr. Denis-Dumont: **Wodowstręt wyleczony pilokarpinem.** Pastuch z okolicy Caen, którego d. 16 kwietnia 1882 pies wściekły w lewe ramię ugryzł, okazał w nocy z 21 na 22 maja niepokój, znaczną drażliwość, pragnienie i przeszkody

w połykaniu. Upadł na ulicy, drapał ziemię, gryzł kamienie nawet laskę podaną i własną rękę. Przyjęty do szpitala w Caen okazał wodowstręt (jabłecznik pił chciwie), wypluwał wielką ilość ciągnącéj się śliny i wył podobnie do psa. Z powodu tak groźnych i niebezpiecznych objawów choroby nałożono mu kaftan. Wstrzykiwania morfinu, bromek potasu, kodein nie skutkowały. Po wstrzykiwaniach pilokarpinu (1ctgm.) nastąpiło po silnych potach i nader znacznym ślinotoku polepszenie a w kilka dni potém chory wyzdrowiał. Komisyja delegowana z Akademii celem zbadania tego przypadku oświadczyła, iż z wszelką pewnością orzec nie może, czy był wodowstręt prawdziwy lub pozorny, przypady jednak cechowały naocznie wodowstręt psi, a środek zastosowany okazał tak rychły i widoczny skutek, iż postanowiono przypadek powyższy wraz z sprawozdaniem komisyi, przedstawić Akademii celem dalszéj dyskusyi. Akademija wyraziła Drowi Dumontowi należne podziękowanie. (*Centralblatt f. öffentl. Gesundheitspflege,* I, 7 u. 8 zeszyt). *Karol Reiss* w Dukli.

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XII Posiedzenie zwyczajne z dnia 21 czerwca 1882 r.

Przewodniczący: kol. Jordan. Członków obecnych 12.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. doc. Mars przedstawił chorą z kliniki położniczo-ginekologicznéj, która przed dwoma laty rodziła po raz pierwszy na wsi i u któréj po kilkodniowém trwaniu czynności porodowéj wykonano nader ciężką operacyję kleszczową i wydobyto płód nieżywy od kilku godzin już prawdopodobnie obumarły. W połogu leżała chora podówczas 8 tygodni, gorączkowała i miała cuchnące odchody. Obecnie po jednodniowéj czynności porodowéj została przywieziona do kliniki i okazywała stan następujący: Koniec ciąży, położenie czaszkowe I, płód żywy. Wejście do pochwy wązkie, w okolicy wiązadełka blizna, która tworząc postronek grubości mniéj więcéj pióra gęsiego dąży wzdłuż ściany tylnéj ku górze. Na 4cm. od wejścia pochwa nagle się zwęża, okazując w miejscu najwęższém pierścień bliznowaty, twardy, niepodatny w ścianach pochwy leżący, 1 $^1/_2$cm. gruby, do tylnéj ściany spojenia łonowego przyrosły. Poza pierścieniem opisanym, którego światło wynosiło 3—4cm. w średnicy, czuć główkę płodu szczelnie do pierścienia przylegającą i takowy podczas każdego bólu naprężającą. Pod osłoną końców palców założył kol. M. z niezwykłą trudnością kleszcze Simpsona, a gdy o rozszerzeniu powolném miejsca zwężonego za pomocą pociągania kleszczy mowy być nie mogło, przeciął opisany pierścień na 1 $^1/_2$ cm. w głąb po obu stronach na boki. Wśród następnych bólów, po zwolnieniu napięcia w miejscu zwężoném, główka poczęła niżéj zstępować. W obec częstych i silnych bólów obawiano się znaczniejszego pęknięcia pochwy, zatém przytrzymywano główkę kleszczami podczas tychże. Mimo powolnego tylko posuwania się główki poczęła się naddzierać tkanina pochwy od lewego nacięcia ku tyłowi. Międzykrocze ocalało; pochwa jednak pękła w całéj niemal długości, a odpowiednio temu kiszka stolcowa. Krwotok mierny. Pochwę przepłukano rozczynem kwasu karbolowego i wyczyszczono odbytnicę a potém założono 19 szwów w odbytnicy a 28 w pochwie, szyjąc każdą z osobna, przyczém zespojenie w górze wypadło widełkowato. W połogu chora nie gorączkowała. Stolec pierwszy 4go dnia po oleju rącznikowym. W 4tym dniu po operacyi zaczęły odchodzić szwy pojedyńczo. Mierne ropienie. 14go dnia wyjęto resztę szwów z pochwy. Zagojenie nastąpiło na całéj długości *per primam intentionem.* Bujającą ziarninę lapisowano. W miejscu, gdzie rana operacyjna widełkowato się rozdziela, pozostała przetoka wielkości soczewicy drążąca do kiszki stolcowéj; kał jednakże, nawet rzadki, nie dostawał się do pochwy. Brzegi otworka przyżegane często zupełnie się zabliźniły, tak że 30 dnia po operacyi chora w zupełném zdrowiu opuściła klinikę.

Nawiązując do przedstawionego przypadku podał kol. Mars niektóre uwagi a mianowicie, że w połogu tkaniny są skłonniejsze do gojenia jak niemniéj, że przez znaczne rozszerzenie pochwy podczas porodu napięcie w ścianach jest nieznaczne, a tém samém, że tuż po porodzie obrażenia, nawet znaczniejsze, łatwiéj się goją, jako téż że podobne pęknięcia, o ile możności, natychmiast po porodzie zespajać należy.

3) W dalszym ciągu przedstawił kol. Murdzieński dziecko ze szpitala św. Ludwika i podał następujące szczegóły dotyczące tego przypadku. Jan Stanek, lat 5 $^1/_2$ liczący, syn zamożnego wieśniaka z Biskupic obok Radłowa, pochodzi z familii zdrowéj, brat jego starszy zupełnie prawidłowo zbudowany. Z opowiadań matki zasługuje na uwagę szczegół, że wśród ciąży miewała napady zimnicze: poród odbył się prawidłowo. Głowa dziecka zaraz po urodzeniu była znacznie mniejszą, ssać dziecię nie mogło i musiano je od początku karmić łyżeczką. Na pierwszy rzut oka uderza niezwykle małych rozmiarów czaszka. Z tyłu i od dołu cokolwiek przypłaszczona, zwęża się stożkowato ku górze. Obwód wynosi 35 $^1/_2$cm., wymiar prosty 11 $^1/_2$cm., wymiar poprzeczny 10cm. Szwy wszystkie zarośnięte. Czoło niskie, łuki brwiowe wysterczające, oczy głęboko osadzone, nos duży, szpara ust szeroka. Zęby duże, język miernéj wielkości. Budowa tułowia i odnóg zupełnie prawidłowa, odpowiednia wiekowi. Worek mosznowy próżny. Długość ciała 82cm. Wyraz twarzy pozbawiony zupełnie inteligencyi, dziecko leży zwykle uśmiechnięte z głową ku piersi pochyloną. Osób otaczających nie rozróżnia, zachowuje się względem rodziców tak samo jak względem obcych, t. j. uśmiecha się do każdego, wydając przytém głos przerywany bez artykulacyi, słowa nie wymawia żadnego. Potrzeb wyrazić nie umie, jakkolwiek czasami płacze bez przyczyny. Zmysły posiada wszystkie. Na widok przedmiotu świecącego zwraca wzrok w kierunku przedmiotu, słuch posiada również dobry, na odgłos dzwonka lub brzęk kluczy zwraca się za dźwiękiem. Smak może najlepiéj rozwinięty, kawę przenosi nad mleko, pierwszą pije chciwie, ostatnie wypluwa. Cukier połyka chętnie; po podaniu chininu krzywi twarz, doznaje dławienia a czasami wymiotuje. Woń zdaje się uczuwać, krzywi bowiem twarzą, gdy mu się da cuchnący przedmiot do wąchania. Czucie prawidłowe, uszczypnięcie lub ukłucie wywołuje bolesny krzyk i drgnięcie. Połyka z trudnością, a spożywa tylko płynne pokarmy lub bułkę w mleku rozmoczoną; nie żuje wcale. Ruchy dziecka ograniczają się do obracania głowy we wszystkich kierunkach, prostowania i zginania odnóg. Chodzić nie umie wcale. Przy objawieniu się woli w celu pochwycenia przedmiotu popadają mięśnie wszystkie w skurcz tężcowy, który tamuje wykonanie odpowiedniego ruchu. Sen miewa dobry, apetyt do jedzenia mierny. Te niedostatki budowy ciała i inteligencyi dziecka przedstawiają nam obraz mikrocefalii. Przyczynę powstawania tego rodzaju potworów upatrują badacze w dziedziczności, przedwczesném zrośnięciu szwów czaszkowych, chorobach w życiu płodowém itd. Wszystkie te przypuszczenia bywały już niejednokrotnie zaprzeczane i ponawiane. W naszym przypadku możnaby przypuścić chorobę matki wśród ciąży jako przyczynę zmian chorobowych w płodzie. Co do stanu mózgu, zdawaćby się mogło, iż przypłaszczona tylna część głowy wskazuje brak tylnych części mózgu. Zważywszy jednak, iż właśnie części poza rowkiem środkowym są siedliskiem zmysłów, które dziecko posiada, twierdzić można, że te części są rozwinięte. Siedzibą inteligencyi, któréj tu brak zupełny, mają być przednie płaty mózgu, przypuścić tedy należy, iż one nie doszły do rozwoju. Również ważna zmiana znachodzi się w rdzeniu. Tu okazuje się brak rozwoju pasów bocznych. Wiemy bowiem, iż kiedy w wiądzie rdzenia, cierpią pęki tylne, chód człowieka jest podrzucający, brak więc kierowników ruchu. W twardzielu, gdzie znowu pęki boczne zwyrodniały, ruchy odnóg są suwające, brak w nich rzutu, siły. Dziecko to posiada owe tylne pasma, jego ruchy jednak nie posiadają kierownictwa, zależnego od pasm bocznych.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos kol. Mars, Kwaśnicki i Adamkiewicz.

4) W końcu odczytał kol. Wolfram pierwszą część swéj rozprawy: „O zachowaniu się ciężaru ciała w chorobach gorączkowych ostrych“.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr Jan Rosner.*

Posiedzenie IV Komisyi balneologicznéj z dnia 15go maja 1882.

Przewodniczący Dr. Ściborowski.

1) Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Dr. Lutostański w dłuższém przemówieniu wykazywał zalety wody mineralnéj w Głębokiém. Miejscowość ta położona jest w powiecie sądeckim w pobliżu Rytra, stacyi kolei żelaznéj tarnowsko-leluchowskiéj. Zdroje lekarskie w Głębokiém znane były od lat trzydziestu, pierwszy opisał je Dr. Onufry Trembecki w Roczniku Towarzystwa naukowego krakowskiego i podał o nich wiadomości na Zgromadzeniu balneologów krajowych, odbytém w Krakowie w r. 1860. Następnie Komisyja balneologiczna na posiedzeniu d. 18 maja 1877 r. delegowała prof. Dra Korczyńskiego i prof. Dra Olszewskiego dla bliższego zbadania wód lekarskich, o których mowa. W r. 1881 prof. Dr. Olszewski ogłosił wynik tymczasowego rozbioru chemicznego wody z zdrojów Głębockich, o których mówił na posiedzeniu Komisyi balneologicznéj. Zdroje te jednak nie były uporządkowane i należycie ujęte. Właściciel zdrojów Dr. F. Jendl wezwał prelegenta do uporządkowania zdrojów, który zajął się ujęciem i ocembrowaniem zdroju głównego oznaczonego przez prof. Dra Olszewskiego lit. *C*. Rozbioru chemicznego wody z tego zdroju powtórnie dokonał niedawno prof. Olszewski, podług którego skład chemiczny téj nadzwyczaj smacznéj wody wykazuje, iż jest ona czystą szczawą sodową z przymieszką węglanu litowego i żelazowego, z porównania zaś tego składu z wodami mineralnemi zagranicznemi okazuje się, iż zajmuje ona czwarte miejsce co do ilości zawartego w niéj kwasu węglowego w szeregu znanych dotąd szczaw, jest zaś najsilniejszą szczawą sodową i przewyższa pod każdym względem najbardziéj używane szczawy jak Gieshübler, Krondorfer i Apolinaris, których rozsyłka wynosi milijony flaszek. Prelegent uzasadnił te wnioski porównawczemi wykazami składu chemicznego szczaw alkalicznych.

Na tém posiedzenie zakończono. *Doc. Dr. Ponikło*

Posiedzenie V Komisyi balneologicznéj z dnia 23 maja 1882.

Przewodniczący Dr. Ściborowski. Członków obecnych 10 i gość Dr. F. Jendel.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Przewodniczący powitał po raz pierwszy obecnego na posiedzeniu Członka koresp. Dr. Huberta Krasińskiego, oraz gościa Dr. F. Jendla, właściciela zdrojowiska w Głębokiém.

3) Przewodniczący złożył Przewodnik do Szczawnicy nadesłany w darze Komisyi przez autora Dra Dworskiego oraz tablice z rycinami zakładu kąpielowego „Kaiserbad w Budzie.“

4) Dr. Lutostański mówił o nowym rozbiorze chemicznym wody mineralnéj z Wysowéj, dokonanym przez prof. Dra Radziszewskiego. W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos prócz Dr. Lutostańskiego, prof. Olszewski, Dr. Warschauer, p. Trochanowski i przewodniczący.

Na tém posiedzenie zakończono. *Doc. Dr. Ponikło.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* **Ruch ludności w Niemczech i we Francyi.** D. 1go grudnia 1880 r. ludność Państwa niemieckiego wynosiła 45mil. 234,061, we Francyi zaś 37mil. 314,660. W roku 1880

zawarto małżeństw	w Niemczech 337,342,	we Francyi 297,035
urodziło się dzieci żywych	„ 1,696,175	„ 920,177
umarło	1.173,205	„ 858,837
przybyło więc	522,970	„ 61,340

Na 1000 głów przypada więc:

małżeństw	w Niemczech 7,5	we Francyi 7,5
porodów	„ 37,5	„ 24,7
przypadków śmierci	„ 25,9	„ 23,0
przybytku	„ 11,6	„ 1,7.

Daléj przypadało we Francyi na 1000 głów:

w 1873	małż. 8,85,	porodów 26,1,	zmarłych 23,3,	przybytku 2,8
w 1874	„ 8,31,	„ 26,2,	„ 21,5,	„ 4,7
w 1875	„ 8,20,	„ 26,0,	„ 23,1,	„ 2,9
w 1876	„ 7,92,	„ 26,2,	„ 22,6.	„ 3,6
w 1877	„ 7,52,	„ 25,5,	„ 21,7,	„ 3.8
w 1878	„ 7.53,	„ 25,3,	„ 22,7,	„ 2,6
w 1879	„ 7,60,	„ 25.2,	„ 22,6,	„ 2,6
w 1880	„ 7,47,	„ 23,0,	„ 23,0,	„ 1,7.

Podczas gdy w r. 1860 spodziewać się wypadało podwojenia ludności francuzkiéj w przeciągu 145 lat, według stanu rzeczy w r. 1880 spodziewać się tego wypada dopiero po upływie lat 433, podczas gdy w Państwie niemieckiém podwojenie nastąpić może już za lat 60! *(D. med. Ztg.)*.

* **Orzeczenie Sądu Najwyższego w Wiedniu z d. 26 maja 1882.** W skutek silnego uderzenia w nos człowiek doznał obfitego krwotoku; lekarz wezwany do niego odmówił pomocy swéj, a obrażony podał później, że w skutek krwotoku chorował przez dni 20. Sądy 1éj instancyi uznały sprawcę uszkodzenia winnym tylko przekroczenia przeciw bezpieczeństwu cielesnemu (§ 411 k. k.), podając w uzasadnieniu wyroku, że ciężkiego następstwa nie można poczytać obwinionemu, ponieważ ono wynikło z braku pomocy lekarskiéj, a więc z okoliczności, która leżała poza zakresem czynu właściwego. W skutek odwołania się prokuratoryi Sąd najwyższy uznał sprawcę winnym ciężkiego uszkodzenia cielesnego (§ 152 k. k.), ponieważ brak pomocy lekarskiéj nie jest przyczyną od uszkodzenia niezależną, lecz przez czyn wrogi wywołaną, a za nią sprawca odpowiada (§ 134 k. k.).

* Jak ostrożnym powinien być lekarz, wydający świadectwo zdrowia lub choroby, wynika ze sprawy, która toczyła się przed Sądem we Fryburgu w Bryzgowii przeciw prof. mineralogii w Strasburgu Drowi Grothowi i lekarzowi praktykującemu w Kehl Drowi Schramowi, a która zakończyła się skazaniem obydwóch na miesiąc więzienia. Prof. Groth miał stawać jako świadek w Fryburgu w d. 21 stycznia; chcąc uwolnić się od tego obowiązku, prosił Sądu o zarządzenie przesłuchania go w Strasburgu, z powodu, że właśnie 21 stycznia przedsięwziąść musi podróż w sprawach familijnych. Gdy Sąd odmówił jego prośbie, przedłożył on świadectwo lekarza swego domowego, jako cierpi nieżyt krtani i tchawicy i z tego powodu wydalić się ze Strasburga nie może. Pokazało się potém, że Groth nie chciał jechać z powodu spodziewanego rozwiązania żony, które istotnie nastąpiło d. 18 stycznia. *(W. med. Presse)*.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 19—25 listopada umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 46,8 (22,1 z. t.). Z błonicy umarło 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (1 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 3 przypadkach odry. W tygodniu od 12—18 listopada umarło z ospy w Londynie 4, zapadło 16, leczyło się w szpitalach 73. W Wiedniu umarło 2, w Budapeszcie 3, w Rotterdamie 4, w Paryżu 6, w Warszawie 9, w Granadzie 14, we Lwowie 18, w Petersburgu 25, w Madrycie 34, w Rio de Janeiro 67. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 120, leczyło się w szpitalach 1698. Również i w Londynie i Aleksandryi umarło więcéj z tyfusu, z czerwonki mniéj umiera w Aleksandryi. Dur plamisty pojawia się sporadycznie w większych miastach.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 12—18 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 22,1; we Lwowie 38,5; w Warszawie 30,1; w Poznaniu 27,6; w Wiedniu 23,4; w Budapeszcie 23,1; w Pradze 25,9; w Tryjeście 25,2; w Berlinie 22,5; w Wrocławiu 22,7 w Gdańsku 24,1; w Mnichowie 25,3; w Dreźnie 27,0; w Lipsku 16,0; w Bazylei 16,3; w Brukseli 16,3; w Amsterdamie 20,9; w Hadze 23,2; w Paryżu 23,2; w Londynie 21,1; w Kopenhadze 22,5; w Stokholmie 19,9; w Chrystyjanii 19,6; w Petersburgu 30,2; w Odesie 30,7; w Rzymie 20,2; w Wenecyi 28,0; w Bukareszcie 26,3; w Madrycie 37,7; w Lizbonie 28,7; w Aleksandryi 40,5; w Nowym Yorku 24,0; w Filadelfii 17,9; w Rio de Janeiro 44,5; w Bombayu 24,0; w Madrasie 34,0. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 6 grudnia. Sędziwy prezes Akademii Umiejętności Dr. Majer doznał straty niepowetowanéj przez śmierć małżonki, wiernéj towarzyszki życia, powszechnie szanowanéj matrony. Długi orszak żałobny, w którym wszystkie warstwy ludności były reprezentowane, oddając cześć ostatnią zmarłéj, świadczył najlepiéj, jak wielkiém i zasłużoném cieszyła się poważaniem i jaki społeczeństwo nasze bierze udział w bólu wielce zasłużonego a tak ciężko dotkniętego męża.

* Otrzymaliśmy 3 tom olbrzymiego dzieła, wydawanego przez naczelny urząd wojenno-lekarski Zjednoczonych Stanów Ameryki półn. p. t. *Index Catalogue of the library of the*

Surgeon-Generals-Office United States Army". Już po raz trzeci otrzymujemy pod koniec roku cenny dar od urzędu powyższego, a grzeczność jego posuniętą jest do tego stopnia, że przesyła egzemplarz ładnie oprawny i opłacony. Już dwa razy wspomnieliśmy w Przegl. Lek. o doniosłości tego wydawnictwa (w r. 1880 str. 628 i r. 1881 str. 539); możemy się więc teraz ograniczyć do wzmianki, że tom 3ci w niczém nie ustępuje dwom pierwszym; na 1020 stronnicach ścisłego druku podano spis 9090 autorów i 9000 tytułów dzieł oraz 34.604 artykułów z czasopism rozmaitych; nadto katalog zawiera 4335 portretów lekarzy i przyrodników, które to portrety znajdują się w biblijotece Urzędu Lekarskiego. Porządkiem abecadłowym rozpoczyna tom niniejszy od wyrazu „Cholecyanin" i kończy na Dzondim; spodziewać się zatém należy, że Index Catalogue składać się będzie z kilkunastu takich potężnych tomów, jakich 3 już posiadamy. Spis prac o cholerze zajmuje 152 stronnic, artykuł Conjunctivitis 20, Croup 24, Diabetes 18, Diphtheria 28, Dysenteria 30, itd.; pod „Ciechocinkiem" wymienionych jest 6 rozpraw polskich, pod „Cracow" prace koll. Korczyńskiego, Buszka Oettingera, Lutostańskiego, Warschauera, a nawet prof. astronomii Karlińskiego, odnoszące się do miasta naszego. W ogóle na każdéj prawie stronnicy spotykamy się z pracami polskiemi, w których podane są naprzód tytuły w języku polskim a w nawiasie w tłumaczeniu angielskiém. Jeżeli sobie przypomnimy, że p. Billings, lekarz wojskowy amerykański, wydawca tego zbioru, co rok ogłasza tom takiéj wielkiéj objętości, to podziwiać należy tę niezwykłą, istnie mrówczą pracowitość człowieka!

☐ W Nrze 48 Časopisu lek. českých znajdujemy wyciąg z pracy Dra Horbaczewskiego, drukowanéj w Nrze 45 Przegl. Lek.: Synteza kwasu moczowego. W dziale zaś wiadomości bieżących redakcyja organu lekarzy czeskich czyni uwagę, że cieszy ją postępowanie Dra Horbaczewskiego, który pospieszył ogłosić wiadomość o swym doniosłym wynalazku w Przeglądzie Lek. Tém wyżéj cenimy to rozumne i uczciwe pojmowanie koleżeństwa i braterstwa ze strony Časopisu, że spotkaliśmy w pewnéj gazecie polskiéj wyciąg z pracy Dra Horb. z dziennika wiedeńskiego, chociaż pismo to otrzymuje Przegląd jeśli nie wcześniéj to jednocześnie z dziennikami wiedeńskiemi.

☐ Na posiedzeniu Towarzystwa lekarzy czeskich w Pradze d. 27 listopada wniósł doc. Dr. Janowský, ażeby Towarzystwo złożyło telegraficznie swe życzenia Drowi Szokalskiemu, który, jak wiadomo, obchodził 18 listopada jubileusz 25-letnich zasług, położonych w Towarzystwie lekarskiém w Warszawie.

* Artykuł Dra Bruntzela, zamieszczony w Przeglądzie Lek. (Nrach 44 i 45), ukazał się teraz w Nrze 49 *Berl. klin. Woch.*

* Dr. Józef Kownacki, wychowaniec Uniw. Jagiell., osiadł jako lekarz praktyczny w Wieliczce.

* **Lwów.** Na korzyść wdów i sierot po swych członkach Tow. lek. galicyjskich urządzi wielki bal we Lwowie, a to dnia 3 lutego.

* **Warszawa.** Nowo urządzający się szpital poza rogatkami wolskiemi (w domu dawniéj Ohma) pierwotnie przeznaczony dla chorób zaraźliwych, zmieni przeznaczenie swoje i poświęcony będzie dla wszystkich chorób. Zakład ten zwać się będzie „szpitalem Śgo Stanisława (*Kur. Warsz.*).

* **Wiedeń.** Stosunki lekarskie czasem są arcydziwnemi. Przed jednym ze sądów powiatowych w Wiedniu stawał temi dniami t. zw. technik dentystyczny oskarżony o partactwo z powodu, że odgrywał rolę dentysty. Tłumaczył on się, że operacyje na zębach wykonywa pod dozorem i odpowiedzialnością lekarza sztabowego, który jest wspólnikiem jego przedsiębiorstwa, sam zaś pełni obowiązki niby asystenta. Tymczasem podczas rozprawy pokazało się, że ów lekarz sztabowy nietylko nie jest przełożonym technika, lecz raczéj jego podwładnym. Partacz skazany został na 6 tygodni więzienia, — a cóż pocznie teraz ów lekarz sztabowy?

* **Budapeszt.** U zmarłéj w szpitalu św. Rocha 70-letniéj wyrobnicy prof. Scheuthauer sprawdził wrodzony brak śledziony. (*W. med. Woch.*).

* **Londyn.** D. 21 listopada odbyła się w Londynie uczta na cześć lekarzy wojskowych, którzy powrócili z Egiptu. Przewodniczył William Jenner, a obok niego znajdowały się na zebraniu pierwszorzędne znakomitości lekarskie, jak Thompson, Lister, Hart, Hewitt, Paget, Gull, Clark, Quaine, Carpenter itd. Książe Cambridge i Lord Wolseley nie przybyli dla zajęć urzędowych: pierwszy atoli niebytność swoją usprawiedliwił w liście, zawierającym wielkie uznanie dla zasług korpusu lekarzy wojskowych. (*W. med. Bl.*)

Dr. Campbell, lekarz, straciwszy wzrok, założył przed 10 laty w Norwood zakład dla niewidomych, a zadaniem zakładu tego było, aby wychowańcy po 8letniéj nauce mogli sami się utrzymywać. Skutek okazał się świetnym, albowiem z pierwszych wychowańców 80% już sami pracują na utrzymanie swoje, a kilku z nich stało się nawet podporą biednych rodziców. Muzyka i śpiew—są głównemi przedmiotami, którym się biedne kaleki poświęcają pod kierownictwem Dra Campbella, który sam fachowo jest wykształconym w muzyce. Temi dniami szkoła norwoodzka miała zaszczyt przedstawić się królowéj i księżniczkom, produkując się przeważnie na fortepijanie, i zyskała uznanie monarchini. (*W. med. Woch.*)

* **Wiadomości uniwersyteckie. Würzburg.** Na miejsce Bergmanna powołał Wydział lek. prof. Socina z Bazylei, a na prof. farmakologii b. docenta Kunkla.—**Berlin.** W budżecie ministerstwa oświecenia na rok 1883/4 umieszczono pozycyję 6.900 marek dla 3go profesora chirurgii w Berlinie, dla 2giéj kliniki chirurgicznéj i poliklinik 36.000 marek, dla kliniki położniczo-ginekologicznéj 10.000: jako pozycyje jednorazowe: na pokrycie niedoboru z powodu budowy zakładów klinicznych w Berlinie 15.000, na budowę kliniki lekarskiéj w Marburgu 700.000, a kliniki okulistycznéj 200.000, dla budowy kliniki chirurgicznéj w Bonnie 680.000.—Virchow ciągle niedomaga, a mimo to nie przerywa wykładów. — Nowy Zakład farmakologiczny prof. Liebreicha prawie jest ukończony. — **Gietynga.** W miejsce Wöhlera prof. Henle wybrany został sekretarzem Towarzystwa naukowego.—**Bonn.** Dr. Rumpf habilitował się jako docent kliniki wewn. — **Jena.** Nowomianowany prof kliniki wewn. Rossbach uzyskał pozwolenie rządu na ustanowienie 4go asystenta klinicznego. (U nas od lat wielu nadaremnie stara się prof. kliniki o asystenta 2go, a przecież liczba uczniów u nas bez porównania jest większą, aniżeli w Jenie). — **Królewiec.** Asystent Dr. Zander mianowany został prosektorem przy Zakładzie anatomii opisowéj.—**Wiedeń.** Na wykłady prof. Alberta zapisanych jest obecnie 350 słuchaczów. a w sali jego wykładowéj zaledwie na 180 jest miejsce. Ztąd wynika, że prawie połowa zapisanych jest kandydatami *in partibus*. To też Wydział lek. na wniosek prof. Alberta domaga się u Rządu przobrażenia odpowiedniego sali wykładowéi.—W naradach odbyć się mających celem uporządkowania stosunku profesora anatomii patolog. do prosektora szpitalnego dyrekcyja szpitalna z polecenia Namiestnictwa dolno-austr. nie weźmie udziału; widoczna, że Namiestnictwo innego jest zdania aniżeli Ministerstwo oświecenia, które zgodziło się na wniosek Wydziału, aby profesor był zarazem i prosektorem.

* **Wiadomości osobowe.** W ciągu roku 1881/2 w Król. Pruskiém otrzymali aprobatę jako lekarze praktyczni pp. Bolesław Felicki z Opoczyna, Józef Pajzderski z Rogalina, Leon Świderski ze Szremu, Antoni Alkiewicz z Leszna, Franciszek Musiel z Jankowa Przygodzkiego, Ludwik Schönfeld z Poznania, Ernest Małachowski ze Strzelna, Helion Popper z Czarnikowa, Henryk Robowski z Pleszowa.

* **Nekrologija.** Dr. Gellhorn, dyrektor zakładu dla obłąkanych w Ueckermünde na Pomorzu umarł z zakażenia krwi w następstwie ukąszenia przez kobietę szaloną.

☐ Dr. D. Wielobycki z Wołynia, zajmujący wysoką posadę w Edynburgu, umarł w tém mieście 16 listopada w ośmdziesiątym roku życia; używał powszechnego wzięcia i poważania.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 48: Dunina: Projekt zmiany dotychczasowego sposobu leczenia ropnych wysięków opłucny (dok.); Minkiewicza: Spostrzeżenia chirurgiczne. Choroby przyrządu wzrokowego (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 48: Obalińskiego: Zdanie sprawy z ruchu chorych i chorób w klinice chirurgicznéj Uniw. Jag. w r. 1881/2 (c. d.)

L. 82.

Towarzystwo lekarzy galicyjskich.

Do Szanownych Członków Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Związek Towarzystw lek. austr. w Wiedniu utworzył nowy zakład ubezpieczeń, zastósowany do potrzeb lekarzy i wyłącznie dla nich przeznaczony; zakład ten nosi nazwę: *„Pensions und Invalidencasse des österr. Ärztevereinsverbandes.“*

Po jednym egzemplarzu statutu tego zakładu przesyłamy równocześnie wszystkim szanownym Kolegom wraz z Przeglądem Lekarskim, przyczém pozwalamy sobie zwrócić uwagę na następujące szczegóły.

Nasze Towarzystwo ma między innemi zadaniami na celu udzielanie pomocy potrzebującym takowéj wdowom i sierotom po swych członkach; zadaniem zaś nowéj instytucyi jest zaopatrzenie lekarzy samych w późniejszym wieku bez względu na jego położenie finansowe. Dla tego téż nowy ten zakład w bardzo pożądanym kierunku uzupełnia dążności naszego Towarzystwa.

Korzyści zaś dla ubezpieczających się w *„Pensions- und Invalidencasse“* są następujące: Statut nie wymaga świadectwa zdrowia, jedynie dowodu zdolności zarobkowéj, wysokość pensyi zależy od ubezpieczającego się, a wkładkę jednorazową lub też roczną opłaca on stósownie do wieku, według tablicy umieszczonéj na końcu statutu. Opłacając wkładkę, nabywa się nie tylko prawa do pensyi po 25ciu latach, ale nadto, czego nie ma w innych zakładach asekuracyjnych, już po pięciu latach prawa do zaopatrzenia na przypadek zupełnéj niezdolności zarobkowéj; nareszcie za stósowną dopłatą mają spadkobiercy prawo do zwrotu wpłaconych wkładek w razie śmierci ubezpieczonego przed upływem 25ciu lat.

W końcu podnosimy, że korzystać mogą z tego zakładu jedynie członkowie tych Towarzystw lekarskich, które należą do Związku, a zatém wszyscy członkowie Towarzystwa lekarzy galicyjskich.

Zgłoszenia przyjmuje Prezes Związku Dr. Maurycy Gauster c. k. radca sanitarny, Wiedeń IX. Lazarethgasse 14.

Lwów 30 listopada 1882.

Z Rady Zawiadowczéj Tow. lek. gal.

Dr. Merunowicz sekretarz. *Dr. Biesiadecki* prezes.

Dla członków Towarzystwa Lekarzy galic. załącza się do dzisiejszego numeru statut zakładu: *Pensions- und Invalidencasse.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

Niniejszém ogłasza się konkurs na posadę asystenta przy katedrze Chemii lekarskiéj Uniwersytetu Jagiellońskiego na czas od 1go Grudnia rb. po koniec Września 1884. Z posadą tą połączona jest płaca 600 złr. w. a. rocznie. Podania należycie uzasadnione wnosić należy na ręce podpisanego najdaléj do dnia 14 bm. włącznie.

Kraków d. 7 Grudnia 1882. *Rydel* t. r. Dziekan Wydz. lek.

KONKURS.

Jako w 10tą rocznicę śmierci śp. Wincentego Pola rozpisuje się niniejszém konkurs na stypendyjum Jego Imienia fundacyi Anieli z Perrandów 1voto Rościszewskiéj 2voto Polowéj, w kwocie 160 zlr. w. a. z terminem do dnia 20 grudnia rb. a to pod następującemi warunkami.

O stypendyjum ubiegać się mogą ci uczniowie Uniw. Jag., którzy:

a) studyja swe kończą na Wydziale lekarskim tegoż Uniwersytetu bezpośrednio przed nadaniem stypendyjum;

b) złożyli już jeden egzamin ścisły w ciągu studyjów z wyszczególnieniem a zobowiążą się w ciągu roku pierwszego po ukończeniu studyjów złożyć resztujące egzamina ścisłe i uzyskać dyplom doktora wszech nauk lekarskich;

c) wykażą się świadectwem ubóstwa, że sami bez obcéj pomocy na utrzymanie swe zarabiają.

Stypendyjum wypłacone będzie w dwóch ratach przez Wydział lekarski ustanowionych a zawisłych od wykazania się co do pierwszéj raty otrzymaném absolutoryjum, co do drugiéj zaś świadectwem złożonego drugiego egzaminu ścisłego z pomyślnym skutkiem. Niedopełnienie drugiego warunku pociągnie za sobą utratę drugiéj raty stypendyjalnéj.

Kraków dnia 2 Grudnia 1882 *Rydel*
t. r. Dziekan Wydz. lek.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement. oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:				
Rocznie	w **Austryi** 8 złr. 80 c.	w **Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	w **Niemczech** 16 mk.	we **Francyi** 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 16 grudnia 1882. № 50. Rok XXI.

I. Przyczynek do rozpoznawania gruźlicy prosowatéj.

Podał Dr. E. Finger,
asystent kliniki prof. Neumanna w Wiedniu.
(Dokończenie. Patrz Nr. 49).

Równocześnie mieliśmy sposobność spostrzegać przypadek gruźliczego owrzodzenia języka, którego przebieg kliniczny rożni się poniekąd od biegu typowego.

Dnia 13 lutego 1882 przyjęto do kliniki syfilitycznéj 37-letniego ajenta Adolfa Steinera. Źle odżywiony, charłacznie wyglądający chory, żonaty, ojciec zdrowego dziecięcia, zaprzecza, jakoby był kiedykolwiek przedtém chory i że go tylko w ostatnich czasach trapił męczący kaszel. Powodem przyjęcia był wrzód, który sprawia ból choremu, a istnieje od sześciu tygodni i powiększył się znacznie w ostatnim czasie.

Badanie wykazało, że język jest nieco nabrzmiały i uniemożebnia całkiem ściśnienie zębów. Na górnéj lewéj połowie języka w oddaleniu około $^1/_2$cm. od linii środkowéj a $1^1/_2$cm. od końca języka rozciąga się wrzód z lejkowatém zagłębieniem aż po brodawki pieńkowate; największa jego szerokość wynosi 1cm. a głębokość 5cm. Brzegi wrzodu są nieco wzniesione, zatokowate, nadżarte i, podobnie jak gruzłowato-guziste dno, okryte żółtawą silnie przylegającą wypociną. Podstawa wybitnie stwardniała. Błona śluzowa języka, granicząca z wrzodem, znacznie zaczerwieniona. Przy dotknięciu wrzodu, jakoteż śród żucia i połykania uskarża się chory na przykry ból i cierpi znaczny ślinotok. Badanie fizyczne wykazało lekkie stłumienie odgłosu wypukowego, oddech oskrzelowy i furczenie w lewym szczycie płuc.

Wrzód rozpadał się bardzo szybko. Lewy jego brzeg posunął się aż po lewy brzeg języka i w ten sposób nietknięta dotychczas jeszcze część języka, leżąca po lewéj stronie owrzodzenia, zamieniła się we wrzód płytki z dnem nierównem, słoninowatém i zatokowatemi brzegami. Łatwo można było rozpoznać u chorego suchoty płuc, w obec jednak szybkiego rozpadu i zbitego nacieku wrzodu nasuwała się myśl, czy w tym przypadku nie ma guzów kiłowych. Z tego powodu podawano choremu jodek potasu w dawkach 4·0 dziennie. I rzeczywiście po kilkudniowém używaniu znaczne nastąpiło polepszenie. Bóle ustały, a wrzody zasklepiały się częściowo. Wkrótce jednak wystąpiły objawy, które dokładnie określiły istotę cierpienia.

Podczas gdy dotychczas wrzód jednostajnie rozpadał się i rozszerzał, dnia 28 lutego po raz pierwszy można było widzieć, że w zdrowéj błonie śluzowéj języka, w oddaleniu kilku milimetrów od brzegu wrzodu, tworzyły się małe szarawe gruzełki, nie większe od ziarnka prosa. Gruzełki te w przeciągu kilku dni rozpadały się, następnie zlewając się tworzyły atoniczne wrzody z zatokowatemi brzegami i dnem słoninowatém. Błona śluzowa, otaczająca wrzody, była zaczerwieniona w skutek ostrego zapalenia. Podobne gruzełki jak na końcu języka powstawały na dolnéj lewéj połowie tegoż. Wrzody z rozpadu tych gruzełków powstające zlewały się i tu, a w przeciągu kilku dni zmieniła się cała dolna lewa połowa języka w płytkie nierówne owrzodzenie; na dnie tegoż były widoczne szarawe gruzełki. Podobne gruzełki tworzyły się w zapalno zaczerwienionéj błonie śluzowéj, graniczącéj z brzegami wrzodu.

Podwyższenie ciepłoty, poty nocne, kaszel, plwociny kształtu monet z domieszką krwawą, stłumienie odgłosu wypukowego i oddech oskrzelowy w lewym szczycie płuc rozjaśniały dostatecznie, że nie chodzi tu o sprawę kiłową lecz o proces gruźliczy z przerzutami gruzełków prosowatych w błonie śluzowéj języka i ztąd wynikającém owrzodzeniem. Dalszy przebieg odpowiadał zupełnie naszemu rozpoznaniu. Owrzodzenie języka rozszerzało się w sposób wyżéj podany a objawy gruźlicy płuc doszły do maximum swego natężenia. Wśród potów nocnych, znacznych wieczornych podwyższeń ciepłoty i uporczywéj biegunki nastąpiła śmierć dnia 28 marca. Stłumienie odgłosu wypukowego, oddech oskrze-

lowy i rzężenia rozciągały się bezpośrednio przed śmiercią w obu płucach od szczytu tychże aż do grzebienia łopatki; wrzód zaś na języku rozszerzył się tak na górnéj jakotéż na dolnéj stronie aż po linię środkową i pokrywał całą lewą połowę tegoż. Przerzuty małych gruzełków w zdrowéj błonie śluzowéj poprzedzały i w tém miejscu powiększanie się owrzodzenia. Badanie pośmiertne i w tym przypadku stwierdziło gruźlicę obu płuc.

Chociaż przebieg kliniczny obu przypadków był bardzo podobny, badanie jednak drobnowidowe wykazało stan odmienny. W pierwszym przypadku widoczne były przerzuty gruzełków prosowatych w błonie śluzowéj, podśluzowéj i śliniankach ustnych; w drugim przypadku nic podobnego i tak typowego nie można było spostrzedz. Na cięciach robionych z przybrzeżnych i środkowych części owrzodzenia widać gęsty drobno-komórkowy naciek, wypełniający dolne warstwy tkanki śródmięsnéj i rozpychający wiązki mięśni. Naciek ten w częściach bliżéj powierzchni leżących jest gęstszy, wreszcie wypiera wszelkie inne tkanki i tworzy w ten sposób brzeg i dno wrzodu. Od brzegu wrzodu, tak na zewnątrz jakotéż i ku środkowi, zmniejsza się naciek; sięga on jednak na wszystkie strony dość daleko pod przybłonkiem na pozór jeszcze niezmienionym. W części przybrzeżnéj wrzodu występują obok rozlanego nacieku drobnokomórkowego także i gruzełki dokładnie odgraniczone, zajmujące przestwory i szpary tkanki łącznéj śródmięsnéj i błony śluzowéj. Gruzełki te składają się z ścieśnionych okrągłych komórek (Rundzellen), lecz nie widać w tych komórkach ani rozpadu, ani wytwarzania się naczyń ani tkanki siatkowatéj ani téż komórek olbrzymich, nic więc takiego, coby cechowało gruzełek prosowaty. Zdaje się, jakoby mięśnie w téj sprawie żadnego nie brały udziału, nie widać ani bujania takowych, ani powiększenia się ilości jąder, wiązki mięśni zwężają się i nikną. Podobnie i w gruczołach językowych mieszkowych nie można dopatrzyć się czynnego udziału. Naciek drobnokomórkowy wypełnia je i niszczy. Wypada więc z tego, cośmy powiedzieli, że rozchodzi się w obu przypadkach o owrzodzenie gruźlicze, powstające w skutek rozpadu gruzełków prosowatych.

Owrzodzenie gruźlicze rozpoznajemy:

1) Z wejrzenia i właściwości wrzodów. Owrzodzenia płytkie z dnem słoninowatém, z brzegiem zatokowato-torebkowatym, który zarówno jak i dno nie jest nacieklý;

2) Z obecności małych, zaledwie wielkości ziarnka prosa dochodzących, szarawo przeświecających gruzełków, rozsianych w zdrowéj jeszcze błonie śluzowéj, graniczącéj z owrzodzeniem;

3) Z przebiegu i powiększania się wrzodów, które w ten sposób następuje, że każdy pojedyńczy gruzełek powiększa się i rozpada na swéj powierzchni, następnie zlewa się większa ilość takich gruzełków i tworzy powyżéj opisane wrzody;

4) Z istniejącéj ostréj lub zastarzałéj gruźlicy, mianowicie gruźlicy płuc.

Głębokie owrzodzenia, jakie w naszym drugim przypadku napotykamy, należą do wyjątków w gruźlicy prosowatéj skóry i błon śluzowych. Zdaje się, że na języku występują najczęściéj głębokie szczelinowate wrzody, czego dowodzi nasz drugi przypadek i podobny podany przez Féreola (*Union médicale* 1872). Jeżeli otoczenie takich wrzodów, jak to w naszym drugim przypadku ma miejsce, jest stwardniałe, może to posłużyć za powód, że uważa się takie wrzody za kiłowe lub téż za raka. Rozstrzyga w tym razie dokładne badanie przebiegu, wystąpienie prosowatych gruzełków i stwierdzenie gruźlicy w innych narządach. Podczas gdy w pierwszym przypadku badanie drobnowidowe podaje typowy obraz gruźlicy prosowatéj, różni się drugi przypadek i w tym względzie od pierwszego, gdyż rozlany, guzkowaty, małokomórkowy naciek wcale żadnego podobieństwa z poprzednim obrazem nie przedstawia. Oba przypadki służą do poparcia twierdzenia, tak często przytaczanego przez dermatologów, że ten sam kliniczny obraz może być wywolany przez różne patologiczne sprawy, jako téż na odwrót różne kliniczne obrazy przez ten sam patologiczny proces i tylko uwzględnienie wszystkich okoliczności (przebiegu i objawów towarzyszących) dozwala połączenia spraw na pozór różnorodnych.

Rokowanie w przypadkach gruźlicy prosowatéj błon śluzowych jest zawsze bardzo niepomyślne. Chociaż możliwe jest i widziano już gojenie się wrzodów gruźliczych, jednak już samo tworzenie się takowych jest objawem gruźlicy do wysokiego stopnia posuniętéj, która późniéj lub wcześniéj staje się przyczyną śmierci chorego. Okoliczność ta tém większe ma znaczenie, że zupełnie bezsilni jesteśmy w leczeniu tak wrzodów gruźliczych jako téż i ogólnéj gruźlicy i musimy się ograniczać tylko do leczenia symptomatycznego.

II. Badania doświadczalne nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim.

Wykonał Dr. Walery Jaworski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 49).

22) Doświadczenie *z*. (Rozczyn zakwaszony $FeCl_2 + MgCl_2 + KCl$).

W celu sprawdzenia wyników ostatniego doświadczenia przedsięwzięto ponownie doświadczenie z temi samemi solami, lecz w rozczynie zakwaszonym kwasem solnym, przy ciepłocie zwyczajnéj i dłuższém przebywaniu mniejszéj ilości zadanego rozczynu w żołądku. Zauważano bowiem w poprzedzającém doświadczeniu, że w rozczynie zadanym podczas ogrzewania dla braku kwasu część soli żelazawéj utworzyła zasadową sól żelazową tworzącą zmącenie w postaci opalizacyi, a w cieczy żołądkowéj unoszące się męty śluzowe były żółto zabarwione, dlatego i cieczy sączyć nie można było, tylko oznaczono składniki wprost w płynie dobrze wykłóconym w celu jednostajnego wymięszania mętów; nadto i czas doświadczenia okazał się za krótki, gdyż w żołądku napotkano jeszcze znaczną część płynu po upływie pół godziny.

A) O 8 g. 11 m. rano naczczo podano do wypicia 400 kcm. rozczynu zakwaszonego kwasem solnym przy ciepłocie 13·5 C. następującego składu odsetkowego:

Chlorku magnowego 0·976 gr.
„ potasowego 1·034 „
„ żelazawego 0·060 „

Zawartość ta rozczynu okazała się z następujących oznaczeń chemicznych w rozczynie zadanym:

20 kcm. utlenionego rozczynu amonijakiem strącone i wyżarzone, poczém pozostałość na sączku dopóty wodą zakwaszoną kw. octowym wyciągana, dopóki nie przechodziła do przesączu ciecz nie pozostawiająca żadnej pozostałości stałéj a następnie znów ze sączkiem spalona (które to

płukanie i palenie dwa razy uskuteczniono), wydały 0·016 Fe_2O_3 odpowiednio 0·012 $FeCl_2$.

Powyżéj od osadów i pozostałości Fe_2O_3 otrzymane przesącze, połączone i zagęszczone, potém fosforanem sodowym strącone wydały 0·2284 $Mg_2P_2O_7$ odpowiednio 0·1955 $MgCl_2$ na 20 kcm. cieczy zadanéj.

25 kcm. cieczy zadanéj ze sodą wolną od potasu wyparowano i wyżarzono a pozostałość tak długo na sączku wymywano, aż oddziaływanie przesączu na chlor znikło; poczém otrzymany przesącz zobojętniono kw. solnym, zagęszczono przez odparowanie i strącono chlorkiem platynowym, przez co otrzymano 0·843 a z wyskokowego przesączu jeszcze 0·0045 razem przeto 0·8475 $PtCl_4+2KCl$ odpowiadające 0·2585 KCl.

B) O g. 9 g. 11 m., do którego to czasu badany spokojnie siedział, zdołano wyciągnąć jeszcze 118 kcm. białawéj mętnawéj cieczy, oddziaływania tylko słabo kwaśnego. Ciecz tę mocno zakwaszono kw. solnym, silnie wykłócono i na połowę wodą przekroploną rozcieńczono.

50 kcm. téj cieczy rozcieńczonéj z nadmiarem sody wolnéj od potasu odparowano, wyżarzono a pozostałość wodą na sączku tak długo wymywano, aż oddziaływanie na chlor znikło, poczém w otrzymanym przesączu znaleziono 0·414+0·013=0·427 $PtCl_4+2KCl$ odpowiednio 0·130 KCl.

Pozostałość z poprzedzającego wymycia rozpuszczono we wodzie królewskiéj, następnie amonijakiem strącona, wyżarzona, wodą zakwaszoną kwasem octowym na sączku wymyta i znów wyżarzona dała 0·0134 Fe_2O_3 odpowiednio 0·0105 $FeCl_2$ na 25 kcm. cieczy żołądkowéj pierwotnej. Inne oznaczenia w 25 kcm. cieczy rozcieńczonéj po utlenieniu za pomocą $HCl+KClO_3$ i octanem sodowym strąconéj wydały 0·0064 Fe_2O_3.

W przesączach powyższych połączonych od $H_6Fe_2O_6$ i zagęszczonych otrzymano przez strącenie fosforanem sodowym 0·1144 $Mg_2P_2O_7$ odpowiednio 0·098 $MgCl_2$ na 25 kcm. cieczy żołądkowéj pierwotnéj.

C) Porównanie i wnioski z otrzymanych wypadków.

Zmiany w stosunku odsetkowym mięszaniny soli w cieczach *A* i *B* przedstawiają się dla chlorku potasowego i magnowego:

	KCl		$MgCl_2$		
W cieczy zadanéj	1·034	:	0·976	=	1·059
„ „ żołądkowé	0·521	:	0·392	=	1·329

zamiennik stosunku

$$\alpha = \frac{1·329}{1·059} = 1·257$$

Zmiana w stosunku zgęszczenia cieczy żołądkowéj w porównaniu ze zadaną:

$$MgCl_2 \underset{1.257}{<} KCl$$

a różnica w ubywaniu (wessaniu)

$$MgCl_2 \underset{1.257}{>} KCl$$

co znaczy, że chlorek magnowy zostaje w żołądku w daleko większéj ilości wessany, niż chlorek potasowy.

Dla chlorku potasowego i żelazawego zmiany w stosunku mięszaniny w cieczy *A* i *B* przedstawiają się:

	KCl	:	$FeCl_2$
W cieczy zadanéj	1·034	:	0·060=17·266
„ „ żołądkowéj	0·521	:	0·042=12·404

a zamiennik stosunku

$$\alpha = \frac{17·266}{12·404} = 1·392 \text{ razy}$$

Stosunek zgęszczenia tych soli w cieczy *B* w porównaniu z cieczą *A*

$$KCl \underset{1.392}{<} : FeCl_2$$

Różnica w zachowaniu się wessania względnego po upływie 60 minut

$$KCl \underset{1.392}{>} FeCl_2$$

co znaczy, że chlorek potasowy doznaje większego wessania, niż chlorek żelazawy.

W podobny sposób przedstawiają się porównania dla chlorku magnowego a żelazawego.

	$MgCl_2$	:	$FeCl_2$		
W cieczy zadanéj	0·976	:	0·060	=	16·266
„ „ żołądkowéj	0·392	:	0·042	=	9·333

$$\alpha = \frac{16·266}{9·333} = 1·749 \text{ razy}$$

Zgęszczenie soli w cieczy żołądkowéj porównane z cieczą zadaną:

$$MgCl_2 \underset{1.749}{<} : FeCl_2$$

a zachowanie się pod względem wessania żołądkowego

$$MgCl_2 \underset{1.749}{>} FeCl_2$$

co znaczy, że ubytek odsetkowy chlorku magnowego ze żołądka jest znacznie większy, niż chlorku żelazawego.

W celu porównania wessania wszystkich trzech soli mamy zestawienie:

$$MgCl_2 \underset{1.257}{>} KCl$$

$$MgCl_2 \underset{1.749}{>} FeCl_2$$

$$KCl \underset{1.392}{>} FeCl_2$$

z czego wynika, że po upływie 60 minut $MgCl_2 \underset{1.257}{>} KCl \underset{1.392}{>} FeCl_2$ zostają wessane; wypadek zgodny z poprzedzającém doświadczeniem, tj. że chlorek magnowy zostaje najwięcéj a żelazawy najmniéj wessany; różnica jednak między wypadkami tego a poprzedzającego doświadczenia jest ta, że różnice między wessaniem pojedynczych soli stały się o wiele znaczniejsze, czego nie przypisywałbym, biorąc wzgląd na dośw. 9 i 10, jedynie dłuższemu przebywaniu rozczynu w żołądku, ale raczéj obecności wolnego kwasu solnego w cieczy zadanéj.

Przy pojedynczych doświadczeniach opisano dostatecznie sposób postępowania. Pozostaje jeszcze wspomnieć o niektórych okolicznościach, które nieuwzględnione, mogłyby obudzić wątpliwość co do dokładności otrzymanych wyników.

Doświadczeń nie wykonywano każdego dnia, lecz zwykle co drugi dzień. Czas przebywania rozczynów w żołądku liczono od uskutecznionego wypicia tegoż przez badanego, co następowało zwykle w przeciągu pół minuty, aż do pierwszego pojawienia się cieczy żołądkowéj we flaszeczce aspiracyjnéj.

Oznaczanie pojedynczych soli odbywało się zwykle wprost w cieczy żołądkowéj (i to rozcieńczonéj a najczęściéj sączonéj) a zatém w rozczynie zawierającym tak ciała organiczne jakoteż i nieorganiczne. Zależy na poznaniu wpływu tych domieszek na dokładność wypadków, a to tém więcéj, że błędy rozbiorowe przy tak wielkiéj różnicy w po-

jedynczych wypadkach mogą znacznie otrzymane wyniki modyfikować, czemu starano się w ten sposób zapobiedz, że przez zachowanie jednakowego postępowania zawsze jednakową przypuszczalną niedokładność popełniano.

Oznaczenie kwasoty lub alkaliczności cieczy żołądkowéj da się w przesączu dobrze wykonać, jeżeli przesącz nie jest wcale, lub tylko blado zabarwiony. Zabarwienie cieczy nieco silniejsze szczególnie żółte, przeszkadza miareczkowaniu; wtedy usuwano tę trudność w ten sposób, że pręcikiem szklanym wybierano krople z cieczy oznaczonéj i wpuszczono je na papierek lakmusowy; lecz konieczność tego postępowania okazywała się bardzo rzadko.

Miareczkowanie cieczy z czczego żołądka, gdzie nie napotykano ciał białkowatych, po rozcieńczeniu i przesączeniu rozczynem $AgNO_3$ według Mohra nie dawało o wiele różniących się wypadków od tego postępowania, jeżeli ciecz żołądkową odparowano ze sodą wolną od Cl i zwęglono, a w otrzymanym przez wymycie przesączu Cl oznaczono: dwie próby po 10 kcm. dwóch różnych cieczy żołądkowych wprost zmiareczkowane spotrzebowały 0·7,14·7 kcm. rozczynu srebrowego; częściową przyczyną zmniejszonéj ilości rozczynu srebrowego należy i w tém szukać, że podczas zwęglenia mała ilość chlorków się ulotniła. Jeżeli zaś ciecz żołądkową bez dodania sody odparowano i zwęglono, to na 10 kcm. tych samych cieczy wypotrzebowano 0·5 i 10·5 kcm. rozczynu srebrowego.

Dla ilości $BaSO_4$, oznaczając je wprost z przesączonéj cieczy żołądkowéj chlorkiem barowym, otrzyma się wypadek nieco mniejszy, niż uskuteczniając to po zwęgleniu i wyługowaniu, gdyż siarka ciał organicznych podczas zwęglania powiększa pierwotną ilość siarkanów, jak to się pokazało w badaniu jakościowém przedsięwziętém w dośw. 6 i z następującego oznaczenia ilościowego: 10 kcm. cieczy żołądkowéj bezpośrednio chlorkiem barowym strącone wydały 0·104 $BaSO_4$, a po zwęgleniu i wyługowaniu téj saméj ilości cieczy kw. azotowym otrzymano 0·107 $BaSO_4$. W obec powyższéj uwagi wypadek pierwszy należy uważać za prawdziwy.

Ilość pyrofosforanu magnowego otrzymana z cieczy żołądkowéj wprost a po zwęgleniu téjże i wyługowaniu pozostałości kwasem azotowym wypada prawie jednakową, jak poucza następujące oznaczenie: 10 kcm. cieczy żołądkowéj wprost z cieczy żołądkowéj strącone wydały 0·224 $Mg_2P_2O_7$ a inne 10 kcm. téj saméj cieczy po zwęgleniu oznaczone wykazały 0·223 $Mg_2P_2O_7$. (Dok. nast.)

III. Oceny i sprawozdania.

F. Hofmeister. **O sposobach wykrycia peptonu w moczu.** Dotąd ogłoszono już wiele różnych sposobów wykrywania peptonu w patologicznym moczu. Hofmeister nie uznaje jednak sposobów dotąd używanych za takie, którémi można wykazać na pewno pepton w moczu. Dwie są główne przyczyny, które nader utrudniają wykrycie peptonu: 1) niedokładne oddzielenie białka z moczu badanego na pepton, 2) znachodzenie się ciała podobnego do mucyny w moczu, które daje niektóre reakcyje zupełnie takie same jak pepton. Z metod podawanych do wykrycia peptonu bezpośrednio w moczu odrzuca Hofmeister próbę Milona i ksantoproteinową, ponieważ te dwie próby dają reakcyję częstokroć nawet w takich moczach, które ani peptonu ani nawet jakiegokolwiek ciała białkowatego nie zawierają. Jedynie tylko próba, polegająca na dodaniu siarkanu miedziowego i ługu sodowego, przez co w obec peptonów powstaje mniéj lub więcéj fijołkowo purpurowe zabarwienie, daje do pewnego stopnia pewność, że ciecz badana zawiera pepton. Próba ta, użyta bezpośrednio przy badaniu moczu napotyka znaczne trudności w prawidłowéj barwie moczu. Hofmeister poleca więc następujący sposób jako najodpowiedniejszy do wykrycia peptonu w moczu. Mocz badany zaprawia się kwasem garbnikowym, osad powstały zbiera się po 24 godzinach na mały sączek, obmywa dokładnie wodą, w któréj rozpuszczono nieco kwasu garbnikowego i siarkanu magnowego. Osad, który zawiera całą ilość peptonu, rozkłada się wodą barową. W przesączu teraz w razie obecności peptonu wystąpi bardzo wybitne zabarwienie fijołkowe po dodaniu siarkanu miedziowego i ługu sodowego. Według Hofmeistra można tym sposobem wykazać w 1 litrze moczu jeszcze 0.25 do 0.20 grm. peptonu. Aby przypadkiem przy wykrywaniu mniejszych ilości peptonów nie zawadzało ciało wspomniane do mucyny podobne, dobrze jest zaprawić mocz naprzód octanem ołowiowym, który ciało to strąca, a następnie dopiero kwasem garbnikowym. Mocze zawierające białko, należy poprzód od niego uwolnić. Najłatwiéj to uczynić, zaprawiając dotyczący mocz chlorkiem żelazowym i octanem sodowym, a następnie przez zagotowanie strącając całą ilość białka. Za pomocą téj metody badał Maixner (*Prager Vierteljahresschrift 143*, p. 78) w pracowni Hupperta znaczniejszą ilość moczów na pepton. Najczęściéj znajdował on pepton w moczu w chorobach połączonych z wytwarzaniem się ropy w ustroju; a więc wobec wypocin ropnych w jamie opłucny i otrzewny, wobec znaczniejszych ropni, gdziekolwiek takowe powstawały, w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych nagminném, w zapaleniu nerek i miedniczek nerkowych, daléj w przypadkach suchot płucnych, w których tworzyły się znaczne jamy w płucach, wreszcie stale w okresie porażennym zapalenia płuc krupowego. Jak się więc zdaje pepton, który w tych przypadkach napotykano w moczu, pochodził bezpośrednio z ropy. Obecność peptonu jako takiego w moczu świadczyłaby, że on wessany przez krew, nie ulega żadnej zmianie w czasie przejścia z krwi do moczu. W końcu autor zdaje sprawę z badania swego nad peptonem otrzymanym z moczu. Zdaniem autora jestto istotny pepton powstały z ciał białkowatych, który ogrzany do 160° C. znów się częściowo zmienia na białko. (*Zeitschrift f. phys. Chem. von Hoppe-Seyler IV.* p. 253). *Dr. Kopff.*

Fraentzel i Balmer: **Zachowanie się laseczników gruźliczych ze względu na przebieg gruźlicy.**

Zaledwie kilka upłynęło miesięcy od głośnego odkrycia Kocha a już nam wypada zaznaczyć nowy postęp wiadomości naszych o gruźlicy. Jeżeli sprawdzą się wyniki poszukiwań, z których niżéj sprawę zdajemy, to przybędzie nam dzielna pomoc w rozpoznawaniu, rokowaniu a w końcu i leczeniu choroby, z którą walczymy od lat tysięcy, a która więcéj pochłania ofiar niż nie jedna epidemija.

Fräntzel i Balmer w Berlinie badali plwociny stu dwudziestu suchotników, bez przerwy przez kilka miesięcy. Chodziło im przedewszystkiém o zachowanie się lasecznika w różnych okresach cierpienia u jednego i tego samego chorego, jak niemniéj o stwierdzenie częstości pojawiania się grzybka wzmiankowanego u suchotników a względnie u chorych gruźliczych. Wyniki, do jakich obaj autorowie doszli, podane są w Nrze 45 *Berl. klin. Wochenschr.*

Przedewszystkiém wypowiadają Fr. i B. zasadę ogólną, że gdzie w plwocinach znachodzą się laseczniki gruźlicze, tam istnieje gruźlica płuc, a powtóre gdzie w plwocinach, pomimo kilkakrotnego dokładnego badania, nie można wykryć laseczników gruźliczych, tam též i nie ma gruźlicy płucnéj. (? *Sprawozd.*)

Oględziny pośmiertne w przypadkach śmiercią zakończonych służyły autorom do poznania stosunku, w jakim pozostawała ilość i jakość usadowienia się laseczników gruźliczych do rozległości i rodzaju zmian anatomicznych, w płucach wykrytych. To też najskrupulatniéj notowali wyniki sekcyj, co znakomicie podwyższa wartość ich badań [1]).

Wnioski, do których Fr. i B. doszli, dają się streścić w sposób następujący:

1) Rokowanie w gruźlicy płucnéj stoi w ścisłym związku z ilością i stopniem rozwoju laseczników gruźliczych, znachodzących się w plwocinach. Wszystkie te przypadki, gdzie w plwocinach znachodzą się obficie dobrze rozwinięte laseczniki gruźlicze, nakazują rokowanie niekorzystne. Rokowanie polepsza się w miarę ubywania ilości laseczników. W przypadkach ostro przebiegających ilość laseczników gruźliczych w plwocinie była ogromną.

2) Ilość laseczników gruźliczych nie jest stałą podczas przebiegu gruźlicy; w miarę rozprzestrzeniania się sprawy niszczenia miąższu płucnego zwiększa się ilość ich, pod koniec życia dosięga ona swego *maximum*.

3) Rozmieszczenie laseczników gruźliczych nie jest u wszystkich chorych jednakowém; raz laseczniki zjawiają się w kępach, innym razem rozprószone są jednostajnie.

4) Stopień rozwoju laseczników gruźliczych jest bardzo różnym; w niektórych przypadkach są małe, szczupłe i nie wszędzie zarodniki okazujące. Zazwyczaj wtedy jest ich mało.

5) Takiego rodzaju laseczniki znachodzą się u chorych gruźliczych, gdzie sprawa chorobowa powoli się rozwija lub na tym samym pozostaje stopniu rozwoju. Szczególniéj dotyczy to przypadków ze staremi zamkniętemi jamami w płucach, wśród miąższu płucnego zresztą niezmienionego.

6) W gruźlicy płucnéj szybko przebiegającéj, mianowicie gdy równocześnie istnieje gorączka, poty nocne, znachodziły się laseczniki gruźlicze znacznie większe a zarodki ich były bez wyjątku dokładnie dostrzegalne.

7) W ogólności przebiegały przypadki, w których dużo znachodziło się laseczników, z gorączką (gorączka zakaźna); gdy nie było gorączki, to laseczniki gruźlicze bywały bardzo nieliczne i źle rozwinięte.

8) Różnica ilościowa pomiędzy lasecznikami w plwocinach pochodzących z jam świeżych a lasecznikami tkwiącemi w samej ścianie jam płucnych, bywała bardzo znaczną. Gdy w plwocinach owych znachodziły się ilości ogromne, to w ścianach jam było laseczników bardzo nie wiele.

9) Zdaje się tedy, że plwocina przedstawia korzystniejszy grunt rozwoju dla laseczników gruźliczych, niż tkanina płucna nieobumarła.

10) Dowóz tlenu do jam płucnych nie jest przyczyną, że tamże więcéj laseczników się rozwija, gdyż równie znaczna ich ilość znalazła się w ropnéj wypocinie stawu kolanowego zamkniętego, wśród zapalenia gruźliczego stawu.

Nie mniéj ważną jest rzeczą, że udało się autorom wykryć laseczniki gruźlicze w owrzodzeniach gruźliczych płuc, w wydzielinie tychże wrzodów, w ścianie owrzodzeń jelitowych, w ropie pochodzącéj z gruźliczego zapalenia stawów itd. Na zakończenie wspominają autorowie, że ani sublimat (1:1000) ani silny ług potasowy nie niszczą w plwocinach laseczników gruźliczych. *Dr. Pisek.*

Langenbuch: Przypadek wycięcia pęcherzyka żółciowego z powodu kamyków. Wyleczenie.

Zgodne badania znakomitych klinicystów wykazują, że głównem miejscem wytwarzania się kamieni żółciowych jest sam pęcherzyk, daleko rzadziéj przewody żółciowe. Kamyki te raz utworzone stają się przyczyną znacznych dolegliwości dla chorego, a nadto, według badań Fiedlera, zdaje się, że kamyki te opuszczają pecherzyk rzadko tylko przez przewód żółciowy, prawie zawsze zaś przez powolne przebicie pęcherzyka żółciowego, narażając tym sposobem chorego na ciągłe niebezpieczeństwo utraty życia.

Do usunięcia tego przykrego i zdradliwego cierpienia posiadamy wprawdzie środki wewnętrzne dosyć skuteczne, środki te jednak zawodzą bardzo często w przypadkach bardzo ciężkich, a zatém najbardziéj potrzebujących pomocy.

Taki właśnie przypadek poddał L. myśl usunięcia choroby wraz z jéj siedzibą przez wycięcie pęcherzyka żółciowego. Chodziło tylko o to, czy człowiek może się obejść bez tego zbiornika żółci i czy oddalenie pęcherzyka żółciowego nie przedstawi bardzo znacznych trudności. Odpowiedź na pierwsze pytanie była łatwa, boć pewne rodzaje zwierząt nie posiadają wcale pęcherzyka żółciowego, a i u ludzi spostrzegano wrodzony brak lub zupełny zanik tego narządu w skutek przewlekłych spraw zapalnych. W takich razach żółć odpływa stale do przewodu pokarmowego nie wywołując przez to znaczniejszych zaburzeń, lub też tworzy się nowy zbiornik przez rozszerzenie się jednego z przewodów.

Co do drugiego pytania, to doświadczenia na trupach przekonały L., że ze wszystkich operacyj wymagających otwarcia jamy brzusznéj wycięcie pęcherzyka żółciowego jest prawie najmniéj niebezpieczną.

Najdogodniejszy sposób wykonania téj operacyi ma być następujący. Prowadzi się cięcie jedno wzdłuż dolnego

[1]) Sposobem Ehrlicha uwidoczniali autorowie w preparatach drobnowidowych laseczniki. Dla ważności i niezwykłéj prostoty przytaczam powtórnie tę metodę.

Bierze się odrobinę plwociny mającéj być badaną między dwa szkiełka nakrywkowe, grubość szkiełka nie powinna być większą od 0·12 milimetra. Ścisnąwszy następnie plwocinę temi szkiełkami, oddalamy powoli za pomocą dwóch pensot oba szkiełka do siebie i suszymy pozostałe na nich odrobiny plwociny nad płomieniem gazowym. — Do wysuszenia wystarcza trzechkrotne przeciągnięcie szkiełka przez płomień. Następnie wkłada się te szkiełka na 24 godzin do małéj ilości barwika, tak iżby tylko powierzchnia szkiełka, na któréj znachodzi się zasuszona plwocina, dotykała powierzchni płynu barwiącego. (Błękit gencyjany lub fuksyna 1 grm. na 50 grm. aniliny „*Anilinwasser*“ tj. olejku anilinowego dodanego w nadmiarze do wody destylowanéj i dobrze skłóconego). Barwik musi być świeżo sporządzony i przesączony. Po 24 godzinach wyjmuje się za pomocą pensety preparaty i obmywszy je wodą destylowaną wkłada się takowe na $\frac{1}{2}$—1 minuty do rozcieńczonego kwasu azotowego (1 cz. na 3 cz. wody dest.). Preparaty wyjęte z kw. azot. należy znów obmyć wodą destylowaną i włożyć następnie do innego barwika, aby otrzymać tło należyte. Dla preparatów barwionych przedtém błękitem gencyjany stosownêm jest „*Bismarkbraun*,“ dla tych zaś preparatów, które fuksyną były barwione, wypada użyć błękitu metylenowego (*Methylenblau*). W tych barwikach pozostaje preparat tylko $\frac{1}{2}$—1 minuty. Po wyjęciu znów należy obmyć preparat a w końcu między bibułą osuszyć. Dopiero całkiem suche szkiełko nakrywkowe (na którém tkwi plwocina), można włożyć na stałe do kropli balsamu kanadyjskiego.

brzegu wątroby, drugie prostopadle do niego na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego prawego, oba długie na 10—15cm. Po otwarciu otrzewny spycha się pętla jelit gąbką ku dołowi, podnosi się brzeg wątroby do góry, napina się przez to więzadło wątrobo-dwunastnicowe; następnie odsłania się górny wązki koniec pęcherzyka aż do przejścia jego w przewód pęcherzowy, który podwiązuje się mocnym jedwabiem. Wreszcie nadcina L. otrzewnę na wypukłym końcu pęcherzyka i oddziela go od wątroby, unikając jak najstaranniéj zranienia tego gruczołu. W razie gdyby pęcherzyk był mocno żółcią napełniony, można część płynu oddalić przez wyssanie strzykawką Pravaza. Po wyjęciu pęcherzyka postępuje się z raną brzuszną, jak po każdéj laparotomii. Wkrótce nadarzyła się L. sposobność wykonania téj operacyi na żywym. Był to mężczyzna 43-letni, który od lat 16 cierpiał na kolkę żółciową. Leki wewnętrzne nie przynosiły mu prawie żadnéj pomocy, a w skutek ciągłych bólów i nadużywania morfinu chory już bardzo podupadł był na siłach. Dnia 15 lipca b. r. wykonał L. u tego chorego wycięcie pęcherzyka żółciowego opisanym wyżéj sposobem, nie natrafiając na żadne szczególne trudności. W pęcherzyku znaleziono tylko dwa kamyki cholestearynowe wielkości prosa. Przebieg po operacyi był zupełnie pomyślny, a 27 lipca operowany opuścił łóżko. Stan chorego poprawił się bardzo znacznie, bóle nie pojawiły się więcéj, apetyt a z nim i stan odżywienia polepszył się tak, że w połowie września ważył chory o 13 kgr. więcéj niż przed operacyją.

Jako wskazania do téj operacyi uważa L. bardzo ciężkie przypadki kamyków żółciowych, opierające się innym sposobom leczenia, sądzi jednak że i z powodu przetok, zropienia i torbielowatego zwyrodnienia pęcherzyka żółciowego, wycięcie go byłoby środkiem najpewniejszym. (*Berlin. klin. Wochenschr.* Nr. 48). *Dr. Schramm.*

IV. Zaraza morowa i cholera na Wschodzie w roku 1881.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 47).

We wrześniu przeszłego roku międzynarodowy Zarząd zdrowia w Aleksandryi listem jenerał-majora Locha, politycznego rezydenta w Adenie, został zawiadomiony o zauważaniu tam 32 przypadków cholery, z których 27 zakończyło się niepomyślnie. Z powodu jednak, że choroba nie przedstawiała cech epidemii, rezydent nie uważał za konieczne wspominać o niéj w patentach morskich! Pod wpływem téj niespodzianéj wiadomości i w obec niezrozumiałéj opieszałości władz angielskich w tłumaczeniu przypadków wybuchłéj w Adenie cholery, Urząd sanitarny w Aleksandryi poddaścisłéj obserwacyi wszystko, co przybywało z Adenu i morza Czerwonego. Jednocześnie także Zarząd zdrowia w Konstantynopolu polecił, ażeby wszystkie statki, które zawinęły do Adenu lub pochodziły z jego zatoki i dotykały wybrzeży afrykańskich aż na północ od Moussana, udawały się bezwarunkowo do Hodejdy lub do wyspy Kamaran, gdzie odbywszy 10-dniową kwarantanę mogły się zwracać do wy brzeży Arabii i wysadzać swych podróżnych jedynie tylko w porcie Dżeddy. Nadto gubernatorowi Jemenu posłano rozkaz natychmiastowego rozciągnięcia łańcucha wojskowego na południu prowincyi, dla przecięcia wszelkiéj komunikacyi z Adenem. Wśród zastósowania tych środków ostrożności rezydent Adenu przesłał tureckiemu Zarządowi służby zdrowia nowy raport przebiegu cholery, z którego dowiedziano się co następuje: Od 2 sierpnia do 11 września było 81 przypadków cholery w Adenie, z których 64 śmiertelnych, od 11 do 18 września 72, z których 52 przypadków śmierci. Od 18 do 22 września 24 przypadki wszystkie z zejściem niepomyślném, od 22—26 września 8 przypadków, z których 6 zakończonych śmiercią. W ogóle 185 przypadków cholery, z których 14? śmiertelnych, czyli 80,3 na 100 ogólnéj liczby przypadków. Od 27 września, podług sprawozdań urzędowych, nie uważano więcéj przypadków cholery w Adenie. Nie mam zamiaru zaprzeczania prawdziwości tych dat; lecz przekonawszy się osobiście, jak jest różnorodną ludność Adenu (składa się bowiem z 12—15 tysięcy Judyjan, 6 tysięcy Somalis, 7—8 tysięcy Arabów, 2 tysięcy Europejczyków i Izraelitów, razem 32—35 tysięcy mieszkańców), z trudnością uwierzę w możebność ścisłego wykazania przypadków cholery pośród tak mięszanéj ludności. W Adenie właśnie ogromny napływ obcych, wielka ich ruchliwość, czynią, że cholera tutaj grasuje z niezwykłą siłą. Przystań miasta tak korzystnie położona między morzem Indyjskiém a Czerwoném, jest punktem, do którego zawijają wszystkie prawie żaglowce i parostatki, zmuszone odnowić ładunek węgla, a tém samém utrzymujące ten port w ciągłym stosunku z Cesarstwem anglo indyjskiém i zatoką perską. Handel dawniéj tak kwitnący w porcie Mokki dzisiaj nie istnieje. Wszystko zwróciło się ku Adenowi, gdzie codziennie z całego południa Arabii przybywają setki wielbłądów, przynosząc najrozmaitsze produkty, nie wyłączając nawet ogrodowizn i produktów niezbędnych do codziennego użytku. Mianowicie zaś pokolenie Arabów Lehydży pozostaje w ciągłym stosunku z przystanią angielską. To samo można powiedzieć i o przystaniach afrykańskich, łatwiéj jeszcze dostępnych drogą morską. Dwie przystanie Zaila i Berbera położone na południowym przylądku od Adenu, dziś należące do Egiptu, są głównemi ujściami tego nieustannego ruchu między portem angielskim i Afryką. Każdego roku w końcu października przystań Berbera bywa bardzo ożywioną z powodu przybywania tu znacznéj liczby kupców z Indyj, Arabii, wybrzeży morza Czerwonego, a nawet z wnętrza Afryki. Taki zaś napływ ze stanowiska higijeny nie może być uważanym za dobrze oddziaływający na zdrowie publiczne. Jakkolwiek o pochodzeniu cholery wybuchłéj w Adenie nie podobna powiedzieć nic pewnego, to jednak wolno jest przypuścić, że nie zrodziła ona się na miejscu, a tylko i prawdopodobnie przeniosła się z Bombaju, Indyj angielskich lub południowéj Afryki. Na szczęście jednak zaraza trwała niedługo. A na przyszłość należy się spodziewać, że i rezydenci polityczni Adenu, zrozumiawszy ducha naszego czasu, wymagającego tłumaczenia natury pewnych faktów, nie zechcą narażać się na ciężką odpowiedzialność w obec Europy i nie opóźnią się w zdawaniu sprawy o gwałtownym wybuchu cholery od miesiąca grasującéj w obrębie ich administracyj.

Jednocześnie prawie z szerzeniem się zarazy morowéj w pewnych okolicach Azyi, uwaga ogółu została zwróconą na inny punkt, daleko nas bliższy, mianowicie na Mekkę, do któréj ściągało tysiące pielgrzymów, aby tam pod gorącém niebem Arabii dokonać ofiarowania jagniąt i oddać cześć grobowi proroka, w ciągu uroczystości zwanéj „Kurban-Bajram.“ Pielgrzymki podobne i pobyt fanatyków u bram miast świętych od dawna uchodzą za przyczynę wybuchu i przerzutu chorób zakaźnych. Potwierdził to też i rok przeszły. Depesza wysłana 9 września z Dżeddy przez Suakim roznosiła wieść o wybuchu cholery w Mekce. Zasięgnięte

jednak wiadomości przekonały, że nie we wrześniu lecz w połowie sierpnia choroba ukazała się w świętém dla muzułmanów mieście najprzód w postaci choleryny, wkrótce zaś cholery z szybkim śmiertelnym przebiegiem. Zaraza szerzyła się przeważnie pośród pielgrzymów z Jawy, Takruru i Sudanu, bardzo mało nagabywała pielgrzymów tureckich, lecz za to nie oszczędzała wojskowych. Pierwsza wieść o takim przebiegu zarazy podał lekarz szpitala cywilnego w Mekce, twierdząc, że zaraza została tu przeniesioną z Adenu. Można to było przewidzieć, nie uwzględniając nawet cyfr i zaprzeczeń podawanych w wykazach urzędowych. Bo wtedy gdy lekarze obliczali dzienną śmiertelność na 120—170 osób, gubernator w swych raportach (tureckich oczywiście) podawał tylko cyfry małoznaczące! Przekonamy się wreszcie o tém z samego przebiegu zarazy.

Od 15 września do 13 października zanotowano w Mekce 646 zejść, z których 368 z chorób zwykłych i 278 w skutek cholery. Dziennie zatém 32 przypadków śmierci, ilość nieznaczna na 130—150 tysięcy mieszkańców, w drugiéj połowie października śmiertelność znacznie się zmniejszyła, tak że w ostatnim tygodniu miesiąca zanotowano tylko 31 przypadków śmierci pośród całéj liczby pielgrzymów. W ciągu listopada zaraza sroży się z nową siłą. W jednym dniu (9 listopada) umarło 270 osób. To jednak niezwykłe wzmaganie się śmiertelności było w związku z ceremonijami religijnemi odbywającemi się po za miastem w Arafat i Muna. Teraz więc, jak i zawsze, chwile uroczystości pogorszyły sytuacyję sanitarną i wzmogły siłę zarazy. Od 11 więc do 13 listopada było nowych 190 przypadków śmierci. Od 13 do 18 brakuje dat. W przeciągu trzech dni (18, 19 i 20 listopada) śmiertelność nagle się zmniejszyła, wykazano bowiem tylko 9 przypadków cholery, co pozwalało przypuszczać blizkie jéj wygaśnięcie.

Zarząd służby zdrowia wiedząc z praktyki, jak trudno jest potwierdzić liczbę przypadków śmierci pośród tak licznego napływu rozmaitych ludów do Mekki bez zwracania uwagi na znane cyfry, nie opóźnił się jednak z zastósowaniem środków ochronnych, i dnia 27 września postanowił przerwać na czas epidemii stosunki komunikacyjne tak z Arabiją jak i z Egiptem. Jednocześnie odwołano się do powagi państw europejskich wzywając do pośrednictwa i skłonienia rządu tureckiego do powstrzymania pielgrzymki muzułmanów do Dżeddy. Ze swéj strony rząd egipski ustanowił wielką kwarantanę w El-Wedż, a nie w Tor jak to dawniéj bywało. W pierwszéj z tych przystani, nawet w czasach zwykłych wszyscy pielgrzymi przybywający z Mekki poddają się obserwacyi sanitarnéj. Przedsięwzięcie jednak środków ochronnych i zabezpieczających od dostania się epidemij wschodnich do Europy, ciąży głównie na Urzędzie zdrowia w Konstantynopolu. Z pośpiechem też więc postanowiono zastósować następujące przepisy: 1) 24 godzin obserwacyi dla wszystkiego, co przybywa z Egiptu; 2) kwarantana 10dniowa dla statków, choćby nawet były już poddane obserwacyi w Egipcie; 3) przystanie w Bajrucie i Smirnie przeznaczono do odbywania kwarantan dla wszystkiego, co przybywa od kanału suezkiego; 4) każdy statek, na którym uważano przypadek cholery, i którego stan sanitarny uznano za nienormalny, poddany będzie obmyciu i odwietrzeniu w stósownych lazaretach i patent na kontynuowanie dalszéj podróży otrzyma tylko za przyzwoleniem międzynarodowéj Rady zdrowia w Konstantynopolu; 5) Bassorach zostanie kwarantaną prawidłową dla przybywających z morza Czerwonego, Adenu i Bombaju; 6) ze strony lądu ustanowiono łańcuch kwarantanowy nazwany syryjsko-egipskim. Wreszcie na południe Damaszku w trzechdniowéj oddali założono posterunek wojskowy, mający za obowiązek czuwanie nad odbywającemi 10dniową kwarantanę tak karawanami jak i podróżnymi, przybywającymi do Syryi z Arabii. Tęż samą ostrożność zastósowano do granic Mezopotamii. Oddziały wojskowe, przeznaczone do pełnienia służby w miejscach dotkniętych zarazą morową, posunięto naprzód ku Arabii, dla czuwania nad przeprowadzeniem powyżéj przytoczonych przepisów. Jednocześnie międzynarodowa Rada zdrowia w Konstantynopolu zwróciła się do Sułtana wzywając do natychmiastowego wydania rozkazu celem powstrzymania dalszych pielgrzymek do Mekki. Wypada żałować, że to życzenie, jakkolwiek wywołane interesem o zdrowie publiczne, nie zostało uwzględnioném, ponieważ pomimo odejścia już znacznéj liczby pielgrzymów tak drogą morską jak i lądową, powstrzymanie nowych wypraw byłoby zmniejszyło nagromadzanie się pielgrzymów, a głównie powstrzymałoby nieuniknione w takich razach przerzucenie cholery ku wybrzeżom morza Śródziemnego. Niektóre z rządów miały zamiar odpowiedzieć na propozycyję międzynarodowéj Rady zdrowia. Lecz o ile wiemy, to tylko jedna Algieryja zabroniła na czasie pielgrzymkę i ostatecznie przeprowadzić zdołała rozporządzenia rządowe.

Higijeniczny stan Mekki w roku przeszłym był wyjątkowo zaniedbanym, mianowicie w epoce poprzedzającéj przybycie pielgrzymów. Wyżsi urzędnicy miejscowi, których obecność była konieczną do czuwania nad zastosowaniem przepisów sanitarnych, wcześnie opuścili miasto, przenosząc się w góry lub nad wybrzeża morza. Czyn to prawdziwie muzułmański. Odpowiedzialność więc za niedozór w utrzymaniu porządku sanitarnego w Mekce spada wyłącznie na władzę miejscową. Lecz i to wypada przyznać, że nie należy liczyć zbytecznie na korzystne rezultaty z zastosowania przepisów sanitarnych w warunkach takich, w jakich zwykła się odbywać pielgrzymka do Mekki, pośród bezładnego i niezmiernego nagromadzenia się fanatyków, do których nie może mieć dostępu żaden lekarz, żaden doradca obcy Islamowi. A i od lekarza muzułmanina także nie można się spodziewać, ażeby jego pośrednictwo mogło wywrzeć choćby najmniejszy wpływ na tłumy sfanatyzowane. Słowem nie należy oddawać się złudzeniom co do znaczenia praktyk sanitarnych na samym gruncie prowincyi Hedżas. Stosowanie ich wypada przenieść nieco daléj ku wejściu do morza Czerwonego, do cieśniny Bab-el-Mandeb i tutaj już powstrzymać wszystko, co się wyda podejrzaném, tém samém kładąc tamę dostaniu się epidemij do świętych miejsc Islamu. W tych to bowiem punktach tylko zastosowane przepisy sanitarne mogą na przyszłość dać jeszcze pożądane rezultaty.

(Dokończenie nastąpi).

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

○ Otrzymano tu depeszę zaprzeczającą sprawozdaniu o istnieniu jeszcze cholery w Mekce, gdyż egipski delegat w Aleksandryi poświadczył, iż choroba jeszcze w téj miejscowości panuje. Francuski Minister handlu nieprzywięzując wagi do wspomnionego zaprzeczenia, zarządził środki ostrożności, aby choroba ta do Europy się nie dostała. Między innemi środkami ustanowiono u włoskiego otworu tunelu Mont-Cenis dwóch chemików, których zadaniem jest odwietrzanie właściwym sposobem wszelkich listów i papierów, które nadejdą ze Wschodu drogą na Brindisi i kolejami włoskiemi. *(The Lancet)*.

S t a t y s t y k a e p i d e m i j. W tygodniu od 26 listopada do

1 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 22,0 (16.8 z. t.). Z błonicy umarło 1 (0 z. t.); z krztuśca 1 (0 z. t.); z róży 2 (0 z. t.); z kiły 0 (1 z. t.). Doniesiono w tymże czasie o 2 przypadkach odry, 2 ospianki. W tygodniu od 19—25 listopada ospa w Londynie jeszcze bardziéj złagodniała, umarło 2, świeżo zapadło 7, leczyło się w szpitalach 68. W Wiedniu i Manchesterze umarło po 2, w Pradze 3, w Warszawie 9, w Paryżu 3, w Petersburgu i Granadzie po 21, w Madrycie 30, we Lwowie 15. Dur brzuszny w Paryżu złagodniał. Umarło 79, leczyło się w szpitalach 1476. W Aleksandryi umarło z tyfusu 12. Dur osutkowy pojawia się sporadycznie w Petersburgu, Murcyi, Londynie, Amsterdamie i Granadzie. Czerwonka złagodniała w Malmoe i Ystadt i zarządzenia kwarantanowe zniesiono tamże 16 listopada. W Aleksandryi umiera jeszcze wiele osób z czerwonki.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 19—25 listopada umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 16,8; we Lwowie 38,5; w Warszawie 25,9; w Poznaniu 28,4; w Wiedniu 22,7; w Budapeszcie 24.0; w Pradze 28,1; w Tryjeście 25,6; w Berlinie 23.1; w Wrocławiu 30,8 w Gdańsku 27,4; w Mnichowie 28.0; w Dreźnie 23,3; w Lipsku 22,3; w Bazylei 17,1; w Brukseli 22,3; w Amsterdamie 23,2, w Hadze 24,0; w Paryżu 24,9; w Londynie 22,5; w Kopenhadze 22,5; w Stokholmie 25.6; w Chrystyjanii 25,8; w Petersburgu 31,8; w Odesie 24.5; w Rzymie 21,4; w Wenecyi 23.0; w Bukareszcie 30,4; w Madrycie 36,4; w Barcelonie 25,4; w Lizbonie 41,7; w Nowym Yorku 23,3; w Filadelfii 20,7; w Bombayu 26,0; w Madrasie 35,7. *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 13 grudnia. Piszemy pod wrażeniem przygnębiającém i nader bolesném wiadomości otrzymanéj właśnie ze Lwowa. Niestety sprawdziły się wszystkie obawy, których w Nr. 38 Przegl. Lek. wypowiedzieć nawet nie mieliśmy odwagi.—Posada prymaryjusza oddziału chirurgicznego, miejsce pierwszorzędnego znaczenia w stolicy kraju, opróżnione po takim operatorze i wytrawnym chirurgu, jakim był śp. Szeparowicz, zostało obsadzone. Do konkursu stanęło 8 kandydatów; wszyscy z wyjątkiem jednego wychowańcy uniwersytetu Jagiell. lub wiedeńskiego, wszyscy z wyjątkiem jednego lekarze szpitali krajowych, a pomiędzy nimi 3 b. asystentów przy klinice chirurgicznéj krakowskiéj. Opinija powszechna, a mianowicie opinija ogółu lekarzy krajowych, z niezwykłą jednomyślnością wskazywała jako niewątpliwie najgodniejszego następcę po śp. Szeparowiczu Dra Obalińskiego, b. asystenta prof. Bryka, od lat 12tu prymaryjusza oddziału chirurg. w Krakowie, docenta a w roku przeszłym zastępcę profesora chirurgii w Uniw. Jagiell., niedawno jednomyślnie przedstawionego przez Wydział lekarski Uniw. Jagiell. na profesora nadzwyczajnego, autora wielu cennych rozpraw w dziedzinie chirurgii, wzorowego lekarza szpitalnego, nader sympatycznego kolegę, znanego z zacności charakteru, biegłego operatora i doświadczonego chirurga, któryby najlepiéj odpowiedział potrzebom stutysięcznéj z górą ludności stolicy kraju, nieposiadającéj wydziału lekarskiego. Zdanie ogółu lekarzy podzielały i dyrekcyje szpitali w Krakowie i Lwowie: pierwsza jakkolwiek ubolewając nad grożącą utratą przykładnego prymaryjusza poleciła go jednak gorąco i w sposób nader chlubny; ostatnia wedle zwyczaju przedstawiając Wydziałowi krajowemu terno z naciskiem umieściła Dra Obalińskiego na 1 miejscu (na 2 Dra Gostyńskiego, b. sekundaryjusza przy Szeparowiczu, a na 3 Dra Longchampsa, zastępczo kierującego oddziałem); referent Wydziału krajowego, Dr. Hoszard, już ze swego urzędu najkompetentniejszy w tym razie znawca stósunków lekarskich w kraju, oświadczył się stanowczo za Drem Obalińskim. Mimo to wszystko Wydział krajowy uznał za stósowne z pominięciem zupełném terna przedstawionego przez dyrekcyje szpitala zamianować jedynego z pośród 8 kandydatów, który za granicą kończył nauki, nigdy nie służył w szpitalach krajowych, w zagranicznym zaś drugorzędne tylko zajmował stanowisko, a o ile wiemy, prócz tezy inauguralnéj francuskiéj żadnéj nie ogłosił pracy. Wydział krajowy nie uwzględnił, już nie powiemy zasług i uzdolnienia Dra Obalińskiego, ale przeszedł do porządku dziennego nad 12-letnią służbą na posadzie prymaryjusza w drugim szpitalu krajowym, a przecież w świecie urzędowym nawet obok równych zalet pierwszeństwo otrzymuje urzędnik stały, zwłaszcza wzorowy, jeżeli pod temi samemi warunkami prosi o przeniesienie na inną, podobną posadę; Wydział krajowy nie uwzględnił żadnego z pozostałych 6 kandydatów, z których każdy służył poprzednio na posadzie krajowéj. Daremnie silimy się odgadnąć powody, które skłoniły Wydział krajowy do uchwały, tak wbrew przeciwnéj powszechnemu oczekiwaniu, przez którą nie tylko losy chorych szpitalnych, ale mieszkańców stolicy, pomocy operatora wytrawnego potrzebujących, złożył w ręce lekarza, który dotychczas nie dał się poznać ani w służbie szpitalnéj, ani w kraju, ani w piśmiennictwie lekarskiém. Nie pojmujemy, czém krajowi lekarze szpitalni zasłużyli sobie na takie upośledzenie przez najwyższą władzę autonomiczną: następstwa podobnego postępowania mogą być bardzo smutne; gdyż, pomijając wszystko inne, zniechęci ono całe młodsze pokolenie lekarzy do służby szpitalnéj.

* W Dzienniku Poznańskim znajdujemy następującą odezwę:

„Uchwałą, zapadłą na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, przekazano dzielnicy Wielkopolski zaszczytne zadanie urządzenia przyszłego Zjazdu, który ma się odbyć w roku 1883. Wydział gospodarczy postanowił zwołać Zjazd ten w pierwszéj połowie lipca w przekonaniu i téj nadziei, że tenże czas najwięcéj będzie się nadawał tak lekarzom jako też i przyrodnikom, by w dniach względnie najwolniejszych nieść wiedzę i doświadczenie do wspólnego roju rodzinnego.

Bliższe szczegóły co do dnia i porządku dziennego ogłoszone będą później. Stósownie do zwyczaju przyjętego przez zjazdy krajowe i zagraniczne uprasza niżéj podpisany wydział nie tylko o wczesne zgłoszenie się wszystkich tych, którzy zamierzają brać w Zjeździe udział, ale nadto o podawanie treści wykładów tak na posiedzenia ogólne jako też sekcyjne. Nadto pożądaną jest rzeczą, ażeby wydział wcześnie mógł być powiadomionym za pośrednictwem niżéj podpisanego sekretarza o zadaniach najodpowiedniejszych do wspólnego rozbioru czyli rozpraw w poszczególnych sekcyjach.

IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu

Przewodniczący: *Dr Kaczorowski Teofil.* Sekretarz: *Dr. Wicherkiewicz Bolesław.*

* **Kraków** d. 13 grudnia. Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Panie Redaktorze!

Prof. Jakubowski w wiadomościach bieżących Nr. 47 Przeglądu Lekarskiego pomieścić raczył kilka uwag o artykule, traktującym o zakładach leczniczych dla dzieci, a ogłoszonym przezemnie w zbiorowém wydawnictwie warszawskiém p. t. Niedole dziecięce. Z powodu tych uwag czuję się zmuszonym prosić Szan. Pana o umieszczenie również w szpaltach swego pisma następującéj odpowiedzi.

Najprzód prof. J. dziwi się, że we wspomnianym artykule nie znalazł opisu szpitala dziecinnego w Krakowie, Poznaniu i Lwowie. Komitet redakcyjny, zajmujący się wydawnictwem „Niedoli dziecięcych" postawił sobie za zadanie zestawienie szczegółowéj działalności rozmaitych zakładów filantropijnych, funkcyjonujących tylko w Warszawie, a przeznaczonych dla wieku młodocianego. Taki obraz stanu obecnego opieki nad dziećmi w Warszawie będzie służyć jako materyjał dla przyszłych czynności Tow. Przyjaciół dzieci, które ma być założoném w Warszawie i pracować, przynajmniéj na teraz, tylko dla Warszawy. Odpowiednio do tego programu, a wbrew twierdzeniu prof. J., w inkryminowanym artykule podanymi zostały szczegółowe opisy tylko szpitali dziecinnych w Warszawie, a nie „na obu półkulach ziemi". Tak samo autorowie innych artykułów, przy opisywaniu n. p. żłóbków, ochron lub przytułków dla dzieci, zajmują się tylko warszawskiemi, a nie krakowskiemi lub poznańskiemi. Brak więc szczegółowego opisu szpitala dla dzieci w Krakowie, znanego mi z czasu pobytu w tém mieście, nie pochodzi z mimowolnego lub dobrowolnego zapoznania wysokiego jego znaczenia dla społeczeństwa, lub istotnych zasług osób, które przyczyniły się do jego założenia, lub wpływają na dalszy jego rozwój, ale z powodów jasnych dla każdego, kto dokładniéj przejrzy program dziełka.

Ponieważ daléj dziełko p. t. Niedole dziecięce przeznaczoném jest nie dla samych lekarzy, ale dla szerszéj publiczności, która nie czytuje specyjalnych książek pedyjatrycznych, przeto przed opisem warszawskich zakładów leczniczych dla dzieci uważałem za stósowne podać wstęp historyczny, obznajmiający czytelnika z rozmaitymi sposobami i kierunkami filantropii na polu

szpitalnictwa za granicą, jakotéż z danemi historycznemi i statystycznemi. Gotową rzecz mamy pod tym względem w pracy Rauchfussa. Stosując się do rozmiarów kilkokartkowego artykułu, nie przetłómaczyłem jéj „dosłownie“, jak twierdzi prof. J., ale pewne ustępy wziąłem wprost, inne skróciłem, inne wreszcie jako mniéj ważne lub mniéj przystępne dla ogółu czytelników wprost opuściłem. W cudze zaś piórka się nie stroiłem, gdyż zaraz w początkowych wierszach uprzedziłem czytelnika wyraźnie, iż rzecz zaczerpnąłem z pracy Rauchfussa, wskazując tytuł dzieła, rozdziału i rok wydania. Z tego téż względu wyrażenie prof. J. o przypominaniu sobie źródła, zkąd znane mu były przytoczone we wstępie szczegóły historyczne, w obec wyraźnego przytoczenia autora i tytułu pracy jego, musimy uważać tylko za figurę retoryczną.

Wreszcie co się tyczy zarzutu wzięcia za podstawę wydania Gerhardta z r. 1877 a nie z 1881 r., odpowiedzieć muszę, iż drugie wydanie doszło do rąk naszych już po wydrukowaniu Niedoli dziecięcych. Okoliczność ta jednakże nie ma wielkiego znaczenia, gdyż przy zwiększonéj liczbie szczegółów, główna treść pracy Rauchfussa pozostała ta sama.

Warszawa 6 grudnia 1882 r. *W. Kosmowski.*

List powyższy zakomunikowaliśmy kol. prof. Jakubowskiemu, a odpowiedź jego podając równocześnie uważamy tym sposobem sprawę jako wyczerpniętą; dlatego dyskusyję nad nią zamykamy.

Szanowny Panie Redaktorze.

Z odpowiedzi Dra Kosmowskiego powyżéj umieszczonéj dowiaduję się, że jakkolwiek zadaniem dzieła: „Niedole dziecięce“ było zestawienie szczegółowe działalności zakładów filantropijnych funkcyjonujących tylko w Warszawie, to autor uważał za stosowne podać dla szerszéj publiczności szczegóły historyczne na polu szpitalnictwa za granicą (to jest: we Francyi, Anglii, Niemczech, Rosyi i Ameryce); program zaś dzieła i rozmiary kilkokartkowego artykułu nie dozwalały, aby coś wspomnieć o szpitalach dziecięcych w Krakowie lub Poznaniu; oświadcza daléj Dr. Kosmowski, iż mając już gotową pracę Rauchfussa nie przetłumaczył jéj, lecz pewne ustępy wziął wprost, inne skrócił, inne wreszcie opuścił. Zdaje mi się, że między oceną moją podaną w 47 N. Przeglądu Lekarskiego a odpowiedzią Dra Kosmowskiego bardzo subtelne zachodzą różnice. Gdy atoli ja w sprawozdaniu swojém rzecz całą traktowałem czysto przedmiotowo, Dr. Kosmowski w odpowiedzi swéj dotyka mnie w sposób ironiczny, uważając zapatrywanie się moje na jego publikacyję za figurę retoryczną, a tém samém uprawnia i zmusza mnie do dania ostatniéj odpowiedzi w tym samym duchu, to jest, że cytat w dziełku: „Niedole dziecięce“ na str. 186 w słowach: „Szczegóły historyczne poczerpnięte są z pracy Dra C. Rauchfussa: *Die Kinderheilanstalten* (*Handb. d. Kinderkrankheiten* v. Gerhardt 1877)“ jest w całém tego słowa znaczeniu figurą retoryczną, gdyż z takiego objaśnienia mało kto z czytelników domyśliłby się, że przez tę figurę ma się rozumieć (jak to sam Dr. Kosmowski w odpowiedzi swéj przyznaje), że z gotowéj pracy Rauchfussa pewne ustępy są wzięte wprost, inne skrócone, a inne opuszczone, albo że przez tę figurę retoryczną ma się rozumieć dosłowne tłumaczenie z wypuszczeniem kilku małoznaczących ustępów. A że publikacyja Dra Kosmowskiego jest tłumaczeniem Rauchfussa, o tém może się każdy przekonać, jeżeli porówna w dziełku: „Niedole dziecięce“ opis zakładów leczniczych od str. 185 do 192 z oryginałem niemieckim w dziele Gerhardta od str. 467 do 478.

Prof. M. L. Jakubowski.

* Z prawdziwą przyjemnością witamy książkę wydaną przez prof. Łuczkiewicza o blednicy. Jestto wprawdzie wykład popularny, ale książka ta stanowi zeszyt XIX wydawnictwa E. Orzeszkowéj i wyszła w roku bieżącym w Wilnie drukiem J. Blumowicza.

* Podczas gdy R. Koch, spełniając przyrzeczenie swoje, uczynione na Zjeździe genewskim, ogłasza odpowiedź na zarzuty Pasteura i w rozprawie, świadczącéj o wielkiém rozdrażnieniu autora, wydanéj właśnie, występuje przeciw metodzie badania zasłużonego bijologa francuskiego, — prof. patologii doświadczalnéj w Budapeszcie, Koloman Balogh, na posiedzeniu tamecznego Towarzystwa lekarskiego, odbytém przed kilku dniami, wytoczył sprawę prątków gruźliczych, ostro krytykując obecny kierunek nauki o chorobach zakaźnych; w szczególności zaś dowodził, że nie mamy prawa oznaczania rodzai prątków ani na podstawie ich długości i grubości, ani na podstawie ich zachowania się w obec pewnych barwików. Tém samém, według Balogha! nie jest uprawnioném i twierdzenie, jakoby poszczególne postacie rozwojowe prątków pozostawały w stosunku patogenetycznym do rozmaitych chorób. W dowód swego zapatrywania przytoczył fakt, że w bagnach znajdujących się w blizkości Budapesztu wykrył prątek, zachowujący się w obec rozmaitych sposobów barwienia tak samo jak prątek gruźliczy Kocha. Proff. Koranyi i Fodor stanęli w obronie Kocha, nie potrafili jednak usunąć wątpliwości, poruszonych przez Balogha.

* Z listu otwartego, wystósowanego przez Dra Petzholdta, redaktora pisma: „*Neuer Anzeiger f. Bibliographie*“ w Dreznie do Dra Estreichera, dyrektora biblijoteki U. J. dowiadujemy się, że piśmiennictwo lekarskie polskie wzbogacone zostało nowym nabytkiem, a mianowicie osławioném dziełem Dra Retau, p. t. „Ochrona własna, samogwałt, onanizm itd.,“ która wyszła w tłumaczeniu polskiém w Lipsku, nakładem braci Bierey w r. 1882. Dr. Petzholdt w oburzeniu moralném piętnuje postępowanie owéj firmy lipskiéj, która mylnie podaje, jakoby tłumaczenie uskuteczniono według 78go wydania, podczas gdy wszystkich wydań nie było więcéj nad 18, oraz że autorem jest Dr. Retau, który nigdy nie istniał, podczas gdy rzeczywistym autorem jest niejaki Vater, który nigdy doktorem nie był.—Już sam fakt, że ani my, ani p. Dr. Estreicher, znakomity nasz biblijograf, dotychczas o tym nabytku wiadomości nie posiadaliśmy, dowodzi, że piśmidło, sporządzone z spekulacyi przez księgarnię lipską, jest dla nas obcém i takiém pozostanie nadal. Lekarze tego rodzaju „dzieła“ zazwyczaj pomijają milczeniem, jeżeli nie pogardą.

* Dowiadujemy się, że w tutejszéj klinice chirurgicznéj chorzy przez 3 tygodnie nie mieli świeżéj bielizny. Pochodzi to ztąd, że tak długo czekać musiano na sporządzenie rzeczy koniecznie potrzebnych. O zakładzie samym już nie wspominamy; aż nadto znaną jest rzeczą, że jest najgorszym w świecie, a mimo to sprawa budowy klinik na gruncie szpitala św. Łazarza ugrzęzła gdzieś we Lwowie, podczas gdy w Wiedniu obwiniają zapewne Uniwersytet o brak energii w posuwaniu naprzód sprawy tak żywotnéj.

* W miasteczku w okolicy Mielca w Galicyi położoném opróżnioną jest posada lekarza, połączona z płacą stałą 500 zła. obok wolnéj praktyki. P. Dr. Skakalski w Podgórzu udzieli bliższych wiadomości.

* **Warszawa**. Uniwersytet otrzyma wkrótce pracownię higijeniczną, która pozostawać będzie pod zawiadywaniem prof. Skwarcowa; na urządzenie pracowni wyznaczono kwotę 1.500 rs.

Budowa szpitala dla obłąkanych w Tworkach pod Pruszkowem rozpocznie się z nadejściem wiosny. *(Kur. warsz.)*

* **Wiedeń**. Prof. Gruber na jednym ze swych wykładów wspomniał był niedawno, że błony bębenkowe atroficzne pękają czasem z przyczyn bardzo nieznacznych, a były pacyjentki, które zapewniały, że pęknięcie u nich nastąpiło w skutek pocałunku. Z téj wzmianki urosła bajka, skwapliwie przez prasę polityczną w całéj Europie powtarzana, że temi dniami przedstawiła się w klinice prof. Grubera pacyjentka, która doznała pęknięcia błony bębenkowéj w skutek całusa, zaaplikowanego jéj przez kochanka czy narzeczonego, który z dalekiéj powrócił podróży. *(W. allg. med. Ztg.)*

* **Węgry**. Ekshumacyja i ponowne oględziny zwłok kobiety Tisza Eszlarskiéj odbyły się d. 5 bm. Profesorowie budapeszteńscy znaleźli ciało, pomimo że leżało w ziemi suchéj, piaszczystéj, tak mocno zgniłe, jak się tego wcale niespodziewano (a jednak spodziewać się należało, z powodu, że na zwłokach tych już przed 6 miesiącami odbyto sekcyję); znawcy musieli przeto ograniczyć się do badania kośćca. Spisawszy protokół oględzin zapieczętowali resztki ciała i żądali przesłania takowych do Budapesztu celem bliższego zbadania, a żądaniu temu sąd kolegijalny w Nyiregyhaza uchwalił zadosyć uczynić. Wydanie opinii na teraz uznali za niepodobne, ponieważ „oględziny przez pierwszych znawców ze stanowiska lekarskiego bezwzględnie były nieodpowiednie, nieuzasadnione i niewiarogodne, a obducenci ci obecni przy sekcyi ponownéj na żadne pytanie nie umieli dać wyjaśnienia uzasadnionego.“ Zwrócił na siebie uwagę brak wszystkich paznogci u stóp, którego nie można kłaść na karb

zgnilizny, a do tych paznogci, jako starannie pielęgnowanych, pierwsi znawcy wielką przywiązali wagę w orzeczeniu o nieidentyczności zwłok.

□ **Rosyja**. *Jużnyj Kraj* w Nrze 600 donosi, że na Ukrainie w powiecie taraszczańskim, we wsi Zbarożówce, mieszka znachor-tatarzyn, cieszący się nader liczną praktyką lekarską; klijentelę stanowią nietylko włościanie lecz i ludzie inteligentni, przybywający z znacznego oddalenia do cudownego lekarza. Rozpoznaje według kształtu, jaki przybiera stygnący wosk, wylany na wodę, a leczenie polega na szeptaniu, piciu naparu przyrządzonego z karteczek, na których tatarzyn poprzednio kreśli krwią jakieś znaki, a wreszcie stosowane bywają nader duszące obkadzania i kąpiele; niedawno w jednéj z takich kąpieli zakończył życie starozakonny, który przybył do Zbarożówki dla poratowania zdrowia; wypadek ten nie oddziałał ujemnie na sławę znachora, przeciwnie natłok chorych jest tak wielki, że dla utrzymania porządku miejscowa władza bezpieczeństwa delegowała osobnego uradnika.

W Nrze 46 *Wracza* czytamy, że Dr. Herzenstein zaprojektował używanie swego pomysłu okularów i respiratora przez lekarzy, którzy leczą błonicowych; instrument ten ma zabezpieczać od dostania się śliny błonicowych do ócz i ust lekarza.

Towarzystwo rosyjskie „Czerwonego Krzyża" porozumiało się z petersburskiemi homeopatami, którzy otrzymają zakład na 40 łóżek dla leczenia według nauki Hahnemanna chorych na błonicę. (*Wracz* Nr. 46).

Dr. Jaworski, lekarz rosyjskiego poselstwa, wysłanego 1847 r. do Afganistanu, wydał obecnie opis téj podróży. (*Wędrowiec*, Nr. 46).

Godną naśladowania powzięła uchwałę młodzież kijowska. Medycy V kursu postanowili po złożeniu egzaminów corocznie przesyłać po 6 rsr. Towarzystwu wspomagania potrzebujących kolegów. Z wkładek tegorocznych opłacono czesne za 14 niezamożnych studentów. (*Wracz*, Nr. 46).

□ **Paryż**. Na posiedzeniu Towarzystwa Medycyny publicznéj, odbytém d. 25 października, zaznaczył prof. Brouardel smutną dla Paryżan okoliczność, że w ciągu ostatnich 12 lat śmiertelność pochodząca z chorób zakaźnych ciągle wzmaga się. Liczba umierających z duru i błonicy w ciągu ostatnich lat 10 powiększyła się w dwójnasób; śmiertelność w skutek ospy, płonicy i odry ustawicznie i stale wzrasta.

W Radzie m. Paryża powstała myśl założenia miejskiego muzeum higijeny.

D. 4. b. m. obchodziła Akademija nauk w Paryżu jubileusz sławnego chemika Dumasa, który przed 50 laty wstąpił do téj instytucyi.

○ Rząd francuski postanowił utworzyć nagrodę 50 000 fr., która ma nosić nazwę nagroda imienia Volty i być przyznaną w r. 1887 autorowi odkrycia, któreby ułatwiło zastósowanie elektryczności: 1) jako źródło ciepła światła, czynności chemicznéj, siły mechanicznéj, lub środka do przesyłania przedmiotów lub 2) w leczeniu chorób W artykule drugim dekretu postanowiono, że uczeni bez względu na narodowość mogą się o tę nagrodę ubiegać. To prawdopodobnie ma znaczyć, iż każdy o nagrodę tę ubiegać się może, choć brzmienie wzmiankowanego artykułu zdaje się wykluczać prostych wynalazców nie będących uczonymi. Ostateczny termin składania prac ustanowiono na 30 czerwca 1887. Rozstrzygać będzie komisyja wyznaczona przez Ministra wychowania publicznego a sprawozdanie z konkursu zamieszczone będzie w *Journal Officiel*. (*The Lancet*).

□ **Ameryka**. Dr. Edwards Evans w Nicholasville został zamordowany w październiku r. b. przez adwokata, od którego zażądał należytości za leczenie. (*Medical Ricord*).

□ **Chiny**. Smutny i oburzający panuje zwyczaj w Kantonie. W Zakładzie podrzutków prowadzi się handel małemi dziewczątkami, płaconemi 3 fr. 75 c. za jednę. Matki pozbawione uczuć macierzyńskich, lub będące bez utrzymania, pozostawiają swe dzieci w tym Zakładzie bez najmniejszych utrudnień ze strony urzędników, którzy ciągną znaczne korzyści ze sprzedaży dzieci. Właściciele domów publicznych zwiedzają to poniżające targowisko, wybierają dziewczątka, które wyróżniają się dobrém zdrowiem i pięknemi rysami, następnie utrzymują je w odosobnieniu, bez przystępu słońca, odżywiając je jak można najlepiéj. W r. 12 życia biedne te istoty wprowadzone zostają do domów rozpusty, a po dwuletniém przypatrywaniu się, rodzaju kursu teoretycznego, rozpoczynają upodlający zawód. Władze chińskie nie upoważniły tego sromotnego stanu rzeczy, ale mu nie przeszkadzają. (*Le Progrès medical*, Nr. 48).

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt**. Dr. Lichtenberg habilitował się jako docent chorób usznych.—**Oksford**. Znany fizyjolog Burdon Sanderson z Londynu otrzymał i przyjął katedrę fizyjologii i histologii w Oksfordzie. — **Insbruk**. D. 7 bm. Namiestnik tyrolski oddał Uniwersytetowi nowy zakład dla anatomii patologicznéj; dziekan Rokitansky oraz proff. anatomii patolog. Schott i chemii lek. Loebisch podczas uroczystości wyrazili wdzięczność Wydziału dla Rządu.—**Würzburg**. Prof. Socin w Bazylei nie przyjął ofiarowanéj sobie katedry chirurgii, opróżnionéj po Bergmannie. — **Wiedeń**. Dr. Jakób Lechner mianowany został prof. zwyczajnym w Zakładzie weterynarskim.— **Praga czeska**. W Wydziale lekarskim czeskim, którego urządzenia spodziewają się niezadługo, mają być mianowani: proff. zwyczajnymi okulistyki docent Schoebl, położnictwa prof. Streng, proff. nadzw. dermatologii docent Janovsky, patologii wewn. docent Maixner, farmakologii prof. Jirusz z Zagrzebia. Anatomiję opisową ma wykładać zastępczo lekarz miejski Dr. Steffal; następnie starać się ma rząd o pozyskanie prof. Tomsy z Kijowa dla katedry fizyjologii a prof. Lambla z Warszawy dla katedry anatomii patologicznéj.

* **Wiadomości osobowe**. Stopień doktora w. n. lek. uzyskał w Uniw. Jagiell, p. Adam Piórko z Nowéj Góry w Krakowskiém.

W r. 1881/2 uzyskali aprobatę jako lekarze praktyczni w Królestwie pruskiém pp. Bronisław Daszkiewicz z Wrześni, Stanisław Maciej Józef Laszewski z Brachnowska, Dr. Ludwik Kempe z Poznania, Lipman Berliner z Leszna, Jan Traciński z Choroszyc, Feliks Peltesohn i Maks. Jaffé z Poznania.

* **Nekrologija**. D. 5 bm. umarł w Insbruku radca dworu Dr. Jerzy Gassner, b. lekarz przyboczny Cesarza Ferdynanda, licząc lat 75. — Tegoż dnia umarł w Monachijum tajny radca prof. Teodor Ludwik Bischoff, znakomity anatom, fizyjolog, głównie zasłużony jako embryjolog. Urodzony d. 28 października 1807 r. w Hanowerze, mianowany został w r. 1836 profesorem w Heidelbergu, 1843 w Giessen, a w r. 1855 w Monachijum.— D. 7 bm. umarł w Berlinie Dr. Lotar Meyer, lekarz ordynujący w miejskim szpitalu dla chorych nieuleczonych; pracował on głównie nad statystyką lekarską i policyją lekarską i był współpracownikiem Encyklopedyi lek. we Wiedniu wychodzącéj. Nie wiemy jednak, czy to ten sam Lotar Meyer, który pracą swoją pt. „*Die Einwirkung des Kohlenoxydgases auf das Blut*" ogłoszoną w r. 1859 wielce się zasłużył w nauce o zaczadzeniu.

W Moskwie umarł z duru plamistego Dr. Pokrowski, starszy lekarz szpitala miejskiego; w Madrycie umarli: znany antropolog Dr. Piotr Gonzalez Velasco w 67 roku życia a Dr. Andrzej Rodriguez, lekarz i poeta, licząc lat 29.

□ W N. Yorku umarł profesor Dr. Henryk Draper. Po ukończeniu nauk lekarskich poświęcił on swój żywot pracom astronomicznym; pierwszy podał myśl fotografowania ciał niebieskich i ogłosił z téj dziedziny kilka prac wielkiéj naukowéj wartości.

* D. 7 bm. umarł w Gracu Dr. Franciszek Köstl, radzca rządowy, b. prof. i dyrektor zakładu dla obłąkanych w Pradze, licząc lat 72.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 49: Bocquina: O nowym systemie budowy szpitali; Vorstaedtera: Nowe narzędzia ginekologiczne; Minkiewicza: Spostrzeżenia chirurgiczne. Choroby przyrządu wzrokowego (dok.). — W *Medycynie* Nr. 49: Obalińskiego: Zdanie sprawy z ruchu chorych i chorób w klinice chirurg. U. J. za rok 1881/2 (c. d.); Rogozińskiego: Spostrzeżenie zaśniadu groniastego.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie w Środę dnia 20 b. m. w Sali **Kliniki okulistycznéj** posiedzenie zwyczajne, na którém 1. kol. Doc. Dr. Obaliński przedstawi dwóch chorych operowanych w szpitalu św. Ła-

zarza; 2. kol. Dr. Schram zda sprawę z kilku przypadków leczonych w klinice chirurgicznéj; a wreszcie 3. odbędą się wybory urzędników Towarzystwa na rok 1883

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. S. w Tarnowie: Zgadzamy się zupełnie z szan. Kolegą, że w danym przypadku uszkodzenie było lekkiém, i że w ogólności złamanie jednego żebra niepowikłane z zapaleniem opłucny lub płuca należy uważać za lekkie uszkodzenie cielesne. Ponieważ zresztą przypadek małéj jest wagi, sądzimy, że ogłoszenie go byłoby zbytecznem.

Sprostowanie. W Nrze 49 na str. 1széj szpalcie 2giéj wierszu 2 od góry zam. czerwienia wargowego, powinno być czerwieni wargowéj.

Redaktor odpowiedzialny: Prof. Dr. L. Blumenstok.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja:
Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja:
Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa:
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN
Towarzystwa lekarskiego krakowskiego
i
Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 23 grudnia 1882. **№ 51.** Rok XXI.

Przegląd Lekarski, organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1883 **rok dwudziesty drugi** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości 1½ arkusza na tydzień, jak **najreguľarniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4 „

we Francyi i Belgii
rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja oraz w Paryżu p. Adam, Rue Clement 4 i p. Dobrowolski Faub. St. Martin 57.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

Podał Prof. Dr. Blumenstok.

IV.

Śmierć gwałtowna lub naturalna.

Fenna H. d. 5 listopada uderzoną została przez męża swego w głowę; w kilka dni późniéj widziano ją atoli bawiącą się na weselu; d. 23 listopada powróciwszy znów z wesela ze wsi sąsiedniéj czuła się słabą, stękała od bólu, jednak załatwiała jeszcze roboty domowe, aż mąż kazał jéj położyć się na piecu, gdzie ją nad ranem znaleziono nieżywą; w izbie spał mąż i synek 6-letni.

Sekcyję uskutecznił d. 24 listopada Dr. X. (lekarz drugi nie przybył z przyczyny od niego niezależnéj). Protokół sekcyjny opiewa jak następuje: Zwłoki kobiety wzrostu miernego, budowy ciała dość silnéj, tuszy dobréj, l. 26—28 liczyć mogącéj; skóra na twarzy, podbródku, w okolicy stanów barkowych, na stronie zewnętrznéj prawéj odnogi górnéj, po prawéj stronie klatki piersiowéj, na odnogach dolnych różowo zabarwiona; włosy długie, nieczesane; powyżéj lewéj połowy czoła widać na głowie ranę nieforemną, 3 cm. długą a 1 cm. szeroką, krwią zaschłą pokrytą i tylko skórę przenikającą; jest to rana dawniejsza, gojąca się; obie spojówki gałkowe kropkami krwawemi pokryte; z nosa sączy się krew płynna, zanieczyszczona masą podobną do łusek; na szyi z przodu po stronie prawéj krtani dwa zadarcia przyskórka pergaminowe, z których jedno zewnętrzne prawie 1 cm. długie, a 3 milim. szerokie, postaci eliptycznéj, drugie zaś takiéj saméj szerokości a 2½ cm. długie; zdarcie zewnętrzne znajduje się w okolicy tętnicy szyjnéj prawéj, podczas gdy drugie umiejscowione już w okolicy prawéj strony krtani; na stronie lewéj krtani widać tylko podbiegnięcie krwawe wielkości ½ fasoli; po nacięciu okazują się te zdarcia pergaminowe grubości skóry, nie tyczące się tkanki komórkowatéj; na plecach po prawéj stronie stosu pacierzowego zdarcie przyskórka wielkości centa, pergaminowe, a to w okolicy ostatnich żeber; w bliskości téj rany znajduje się zdarcie przyskórka kabłąkowate o ostrych brzegach, 1½ cm. długie; na stronie zewnętrznéj ramienia prawego zdarcie wielkości bobu. Ogłowie dość silnie z czaszką spojone, czaszka gruba; opona twarda w krew obfita; opony miękkie mało zawierają krwi, istota mózgowa miękka, blada, w komórkach nieco płynu surowiczego; zatoki żylne zawierają dużo krwi rzadkiéj, dziegciowatéj; płuca wielkie, wolne, na powierzchni zewnętrznéj marmurkowo zabarwione, gąbczaste

przy nacięciu trzeszczące, w krew ciemną dziegciowatą obfite; serce wielkości prawidłowéj, tłuszczem pokryte; mięsień twardy; komórki próżne, prawidłowe; wątroba dość wielka, brunatno zabarwiona, na rozkroju krew ciemną, dziegciowatą obficie wydzielająca; śledziona barwy ciemno-czerwonéj, istota jéj miękka, nie bardzo w krew obfita; żołądek zawiera trochę płynu żółtawego, zresztą prawidłowy; jelita gazami wydęte, próżne; nerki zbite i w krew obfite; organa płciowe wewnętrzne prawidłowe; pęcherz zawiera nieco moczu brunatnego.

Na podstawie tego wyniku sekcyi Dr. X. wydał następujące orzeczenie:

Przy oględzinach zewnętrznych uderza naprzód rana na głowie, która ze względu na wielkość zadaną być mogła narzędziem ciężkiém, grubém, przynajmniéj na 2 tygodnie przed śmiercią, a ponieważ znaleziono ją w stanie gojenia, należy ją uznać za ciężką, wymagającą 20—24 dni do zagojenia, w którym to czasie uszkodzona tylko do lekkiéj pracy domowéj zdolną być mogła. Zachodzi teraz pytanie, czy nagła śmierć Fenny H. pozostaje w związku z tą ciężką raną na głowie lub nie?

Z dalszego wywodu tak oględzin zewnętrznych jak wewnętrznych wynika całkiem inna przyczyna śmierci. Pergaminowe zdarcie naskórka na przedniéj stronie szyi jakoteż na prawéj stronie klatki piersiowéj, daléj skóra różowo zabarwiona, obfitość w krew opony twardéj, płuc, wątroby i nerek, wreszcie krew płynna, dziegciowata przemawiają za śmiercią wywołaną przez uduszenie, a to tém bardziéj, gdy dla braku innych zmian chorobowych inny rodzaj śmierci wykluczyć trzeba. W obec tak wybitnych objawów uduszenia trudno więc i ranę na głowie uważać za przyczynę śmierci.

Uduszenie to musiało nastąpić w skutek dławienia, a to w ten sposób, że Fenna H. ręką osoby drugiéj uciśniętą została w okolicę szyi, tak że oddychanie, wstrzymane przez czas jakiś, uduszenie wywołało. Za tém przemawiają opisane pergaminowe zdarcia na szyi, a zdarcia podobne na klatce piersiowéj i ramieniu prawém świadczą o walce i obronie.

Obwiniony małżonek podał, że Fenna w dzień przed śmiercią cierpiała ból koło serca i głowy, że przed południem położyła się na piecu, i stękała ciągle z powodu bólu; w nocy prosiła go o wodę, któréj jéj podał a nad ranem zajrzawszy do niéj spostrzegł, że już nie żyje. Sędzia śledczy zapisał uwagę, że obwiniony drżał na ciele, gdy mu okazano zwłoki żony i znaki na szyi znalezione.

Oskarżony o morderstwo stanął d. 3 marca przed trybunałem przysięgłych. Obducent Dr. X. wezwany jako świadek powtórzył swoje spostrzeżenie i orzeczenie na wstępie śledztwa wydane. Wezwani jako znawcy lekarze sądowi Dr. Y. i chirurg Z. mieli pewne wątpliwości i dlatego zadali obducentowi pytania: Czy po nacięciu znaków na szyi znalazł podbiegnięcie krwi? Czy w sercu były skrzepy? Na pytanie pierwsze Dr. X. odpowiedział twierdząco, na pytanie drugie przecząco.

Orzeczenie znawców do rozprawy wezwanych opiewało jak następuje:

Wybitniejsze zmiany znalezione przy sekcyi przemawiają za tém, że przyczyną śmierci Fenny było wstrzymanie wymiany gazów we krwi skutkiem porażenia czynności organów oddechowych.

Znaki, znalezione po bokach szyi, jeżeli po nacięciu ich rzeczywiście znaleziono wylanie krwi, czynią śmierć z uduszenia, względnie z zadławienia najprawdopodobniejszą.

Ponieważ jednak i inne rodzaje śmierci, jak śmierć w skutek obrzęku płuc, podobne jak w tym przypadku zmiany przedstawiają, to w obec treści protokółu sekcyjnego i twierdzenia obwinionego takowych bezwzględnie wykluczyć nie można; daléj niedokrewność mózgu i jego opon (ciemna krew w zatokach żył nie jest objawem przekrwienia) nie zupełnie odpowiada śmierci z zadławienia; przeto rodzaj ten śmierci w przypadku niniejszym uważamy wprawdzie za najprawdopodobniejszy, ale z pewnością bezwzględną twierdzić tego nie możemy.

Co się tyczy rany na głowie, odnoszącéj się tylko do części miękkich, to stanowi ona uszkodzenie lekkie i nie pozostaje w związku ze śmiercią.

Z powodu tego orzeczenia odmiennego nieco od zdania obducenta prokurator rządowy zażądał odniesienia się do Wydziału lekarskiego; Sąd uczyniwszy zadość temu żądaniu odroczył rozprawę i prosił Wydziału lek. o zdanie, które brzmiało jak następuje:

1) Z protokółu sekcyjnego wynika tyle tylko, że u Fenny H. znaleziono mocne przekrwienie płuc oraz krew nawpół płynną. Zmiany te dowodzą, że śmierć Fenny H. nastąpiła szybko bez dłuższego konania, ale nie dowodzą jeszcze śmierci z uduszenia gwałtownego.

2) Otarcia przyskórka znalezione na szyi nie stanowią dowodu, że Fenna H. była dławioną, albowiem

a) nie ma w protokóle wzmianki o nacinaniu tych miejsc podejrzanych, a jakkolwiek obducent przesłuchany jako świadek śród rozprawy oświadczył, że miejsca te były krwią podbiegłe, to jednak trudno polegać na tém oświadczeniu, w 3 miesiące przeszło po sekcyi uczynioném, a to tém mniéj, o ile i przy innych zmianach nie ma nigdzie wzmianki o nacinaniu;

b) otarcia w mowie będące i pod względem umiejscowienia oraz postaci swéj nie odpowiadają otarciom lub sińcom pozostałym po ucisku palcami; wreszcie

c) znaleziono podobne otarcia na ramieniu prawém a nawet i na grzbiecie, — które już żadną miarą nie odnoszą się do dławienia.

3) Z tych powodów nie ma podstawy do przypuszczenia, jakoby F. H. była dławioną, a tém samém nie ma dowodu, jakoby umarła z uduszenia przez osobę drugą wywołanego.

4) Co było przyczyną przekrwienia płuc, które w danym razie na podstawie protokółu sekcyjnego za jedyną przyczynę śmierci uważać należy, tego tłumaczyć nie można. Z akt wynika, że F. H. już na dzień przed śmiercią była mocno słabą i skarżyła się na „ból głowy i serca;“ w protokóle sekcyjnym atoli nie ma żadnéj podstawy do wyjaśnienia, czy F. H. była schorzałą lub nie.

5) Uderzającą jest rzeczą, że wszystkie plamy trupie opisane są jako różowe, a zabarwienie to uderzające obducent przytacza nawet w orzeczeniu swojém. Jeżeli uwzględnimy to zabarwienie niezwykłe obok przekrwienia płuc oraz leżenia Fenny H. na piecu, nasuwa się podejrzenie, czy F. H. nie umarła z zaczadzenia. Ale jest to tylko przypuszczenie, którego stwierdzenie jest obecnie niemożebném, a przeciw któremu przemawia znów krew ciemna, „dziegciowata.“

6) Obrażenie głowy opisane w protokóle sekcyjnym,

było lekkiém uszkodzeniem cielesném, połączoném z nadwerężeniem zdrowia przez dni kilka, w żadnym związku przyczynowym ze śmiercią nie pozostającém.

Że zmiany, niby cechujące śmierć z uduszenia, wcale nie są tak charakterystycznemi, jak to częstokroć lekarze sądowi przypuszczają, jest rzeczą niestety aż nadto znaną. Dlatego tylko po najskrupulatniejszém uwzględnieniu wszystkich okoliczności możemy rozpoznać śmierć z uduszenia, a śmierć z uduszenia gwałtownego, przez osobę drugą wywołanego wtedy dopiero, jeżeli za tém przemawiają zmiany zewnętrzne, których w inny sposób nie można wytłumaczyć. W przypadku powyższym nie było nawet owych zmian wewnętrznych, które mają być charakterystycznemi: nie znaleziono przekrwienia mózgu, obrzęku płuc, obfitości krwi płynnéj w komórce prawéj serca, krwi całkiem płynnéj; a więc śmierć z uduszenia nie jest dowiedzioną. Zmiany zaś zewnętrzne na szyi, mające służyć jako dowód dławienia, muszą odpowiadać pochodzeniu swemu od palców uciskających nie tylko pod względem umiejscowienia po obydwu stronach krtani lub tchawicy, ale także pod względem postaci i liczby, a co ważniejsza muszą być sprawdzone, jako wywołane za życia. W protokóle sekcyjnym nie ma wzmiaki o nacięciu owych otarć, — a więc znów nie ma dowodu, że powstały za życia. Pokazuje się, że potrzeba aż do znudzenia powtórzyć najważniejszą zasadę sądowolekarską o potrzebie nacinania każdego sińca, otarcia lub rany na trupie znalezionych; albowiem jak zaniechanie tego prawidła spacza dochodzenie, tak nabawia ono znawcę niemałego kłopotu, jeżeli po upływie kilku miesięcy śród rozprawy publicznéj widzi się zmuszonym albo przyznać, że obowiązku swego należycie nie dopełnił, albo zeznać pod przysięgą, jako pamięta dokładnie, iż plamę lub otarcie naciął i przekonał się, że była połączoną z podbiegnięciem podskórném lub nie. Nie wątpimy, że obducenci nacinają każde miejsce podejrzane, i że zapominają tylko uczynić o tém wzmiankę w protokóle; ale to zapomnienie chwilowe zmusza ich do niepotrzebnego obarczenia pamięci i sumienia.

Jak dalece w ocenieniu podobnych przypadków należy być ostrożnym, wynika ztąd, że nawet na wybitnych znamionach dławienia nie można jeszcze oprzeć orzeczenia o śmierci z zadławienia. Znajdujemy zwłoki człowieka nagle zmarłego a na szyi jego sprawdzamy 4 odciski palcowe, symetrycznie ułożone a krwią podbiegłe; świadek nadto zeznaje, że denat w bitce uchwycony został za szyję przez napastnika. Nie ulega wątpliwości, że denat był w ostatnich chwilach życia dławiony, — ale cóż kiedy oględziny wewnętrzne nie przemawiają za śmiercią z uduszenia, a drugi świadek nadto zeznaje, że denat zdołał uwolnić się z rąk napastnika, że uciekał nawet, ale wnet dognany i ugodzony został w głowę kamieniem, za czém przemawia rana, wprawdzie powierzchowna, na głowie znaleziona; dopiero po tém ugodzeniu w głowę napadnięty upadł, a gdy świadkowie przybiegli na miejsce, już go zastali nieżywym. W obec braku zmian ważniejszych w czaszce i jéj treści wypadało tym razem oświadczyć się za śmiercią ze wstrząśnienia mózgu, jakkolwiek nie ulegało żadnéj wątpliwości, że poprzedziło dławienie. Orzeczenie w tym przypadku było mniejszéj wagi, ponieważ jeden i ten sam napastnik dopuścił się i dławienia i obrażenia głowy, — ale rzecz byłaby nierównie donioślejszą, gdyby dwoje ludzi było obwinionych, z których jeden dopuściłby się dławienia, a drugi obrażenia głowy.

W orzeczeniu Wydziałowém zwrócono uwagę i na różowe zabarwienie powłok zmarłéj. Jakkolwiek nie zdołano dla braku dalszych podstaw orzekać o zaczadzeniu, to jednak zabarwienie to niezwykłe jest uderzającém. Znajdujemy takowe albo na zwłokach zmarzniętych, o czém w przypadku niniejszym mowy nie ma, albo u ludzi zmarłych z otrucia kwasem pruskim i jego preparatami,—czego tu również podejrzywać nie można — a wreszcie i to najczęściéj u ludzi zmarłych z otrucia tlenkiem węgla. Jeżeli uwzględnimy, że śmierć kobiety nastąpiła w porze zimowéj, że kobieta spała na piecu, — to przypuszczenie to nabiera niejakiego uprawnienia, a brak objawów otrucia u męża i dziecka, oraz krew ciemno-czerwona w zwłokach znaleziona jakkolwiek przemawiają przeciw temu przypuszczeniu, jednak jeszcze nie wykluczają go stanowczo.

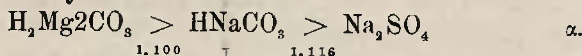
II. Badania doświadczalne nad zachowaniem się soli leczniczych w żołądku ludzkim.

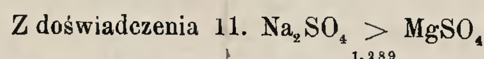
Wykonał Dr. Walery Jaworski.

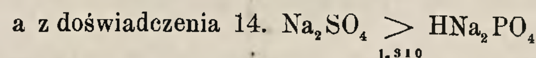
(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

Zestawiając i porównywając z powyższych doświadczeń otrzymane wyniki dla wessania pojedyńczych soli, możemy ułożyć szereg wessalności tychże w żołądku.

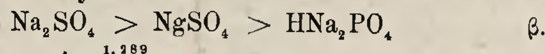
Mamy bowiem z dośw. 19.

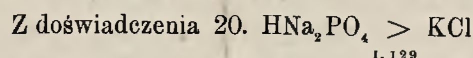

$H_2Mg2CO_3 > HNaCO_3 > Na_2SO_4$ α.
1.100 1.116

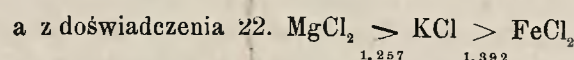

Z doświadczenia 11. $Na_2SO_4 > MgSO_4$
1.289


a z doświadczenia 14. $Na_2SO_4 > HNa_2PO_4$
1.310

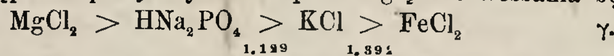
w których to dwóch ostatnich wyrazach fosforan sodowy jest daléj oddalony pod względem wessalności od siarkanu sodowego, niż siarkan magnowy, przeto będzie szereg wessalności dla tych trzech soli:


$Na_2SO_4 > NgSO_4 > HNa_2PO_4$ β.
1.289


Z doświadczenia 20. $HNa_2PO_4 > KCl$
1.129


a z doświadczenia 22. $MgCl_2 > KCl > FeCl_2$
1.257 1.392

które to dwa ostatnie zestawienia porównane ze sobą (z pominięciem $FeCl_2$) wykazują, że najłatwiéj wessalną z tych trzech soli jest chlorek magnowy a najdaléj od niego pod względem wessania oddalony jest chlorek potasowy, przeto następstwo powyższych soli pod względem wessania będzie:


$MgCl_2 > HNa_2PO_4 > KCl > FeCl_2$ γ.
1.129 1.391

W doświadczeniu 15. wnioskowano: $Na_2SO_4 > Na_2CO_3$ δ.

Wyrazy pod α, β, γ, δ dadzą się ze sobą połączyć i pozwalają na następujące zestawienie wessalności badanych soli w jeden szereg, poczynając od najłatwiéj a kończąc na najtrudniéj wessalnéj soli w żołądku:

Węglan magnowy kwaśny, węglan sodowy kwaśny, siarkan sodowy, siarkan magnowy, fosforan sodowy, chlorek potasowy, chlorek żelazawy, chlorek sodowy. Również siarkan sodowy jest łatwiéj wessalny niż węglan sodowy obojętny, a chlorek magnowy łatwiéj niż chlorek potasowy.

Co lepiéj się uwidoczni, gdy użyjemy znaków chemicznych: i w tym to porządku wyrazy chemiczne podane na str. 522 należy zestawić.

$$H_2Mg2CO_3 \underset{1.100}{\geq} HNaCO_3 \underset{1.116}{\geq} Na_2SO_4 \underset{1.289}{\geq} MgSO_4 \geq HNa_2PO_4 \underset{1.129}{\geq} KCl \underset{1.392}{\geq} FeCl_2 \geq NaCl \ (?)$$

$$\text{„} \geq Na_2CO_3 \quad MgCl_2 \underset{1.257}{\geq} \text{„} \geq \text{„}$$

Sól kuchenna pod względem wessania nie da się w tym szeregu w pewném miejscu umieścić a to z powodu, że oznaczenie jéj w cieczy żołądkowéj w skutek już pierwotnie zawartéj w żołądku ilości chlorków nie da się dokładnie uskutecznić. Jednak z doświadczenia 3. jakotéż z wszystkich innych, w których użyto soli kuchennéj, należy wnioskować, że wessanie NaCl w żołądku musi być nadzwyczaj małe a może i żadne, dla tego w powyższym szeregu zajmie sól kuchenna pod względem wessania jedno z ostatnich miejsc.

Powyższy szereg dla wessania żołądkowego soli zatrzyma tylko wtenczas swą zupełną ważność, jeżeli wszystkie sole będą badane w tych samych warunkach, t. j. jeżeli ich rozczyny będą tego samego zgęszczenia, przy téj saméj ciepłocie i przez ten sam czas będą pozostawione w żołądku.

Przystępując do wyprowadzenia wniosków praktycznych dla zastosowania klinicznego z powyższych doświadczeń należy orzec co następuje:

1. Zastosowanie leków solnych w postaci węglanów kwaśnych (w ogóle w obec nadmiaru kw. węglowego) jest bardzo korzystne, gdyż wtenczas następuje nietylko szybsze wessanie tychże, lecz i mniejsze zadrażnienie błony śluzowéj żołądka, a prędsze wypróżnienie płynu z tego narządu.

2. Przez wprowadzanie cieczy alkalicznych do żołądka zmniejsza się wessanie i wypróżnienie z treści tegoż, a błona śluzowa przez nie nie bywa mocniéj zadrażnioną niż przez inne rozczyny.

3. Natomiast wprowadzenie kwasów do żołądka sprzyja i wessaniu i szybszemu wypróżnieniu żołądka z jego treści. Ztąd użycie kwasów a szczególniéj wody sodowéj w nadmiarowém przepełnieniu żołądka pokarmami jest wskazaném.

4. Obecność soli kuchennéj w żołądku nie wykazuje według powyższych doświadczeń przypuszczanych zwykle dla żołądka korzyści, gdyż ani nie przyczynia się do większego wydzielania kw. żołądkowego (chyba może pepsyny), ani do rychlejszego wypróżnienia żołądka. Ma to może znaczenie dla trawienia, że dla opóźnionego wypróżniania się żołądka treść jego może pozostawać dłuższy czas pod wpływem trawienia żołądkowego działając równocześnie przeciwgnilnie. Chcąc przeto, aby płyn jakiś dłużéj pozostał w żołądku i na jego błonę śluzową wywierał działanie, korzystnie będzie domięszać do niego soli kuchennéj albo rozczyn zalkalizować, a przez to prawdopodobnie zmniejszy się funkcyję mechaniczną żołądka, np. w stanach zadrażnienia tegoż, podczas gdy przez kwasy czynność mechaniczną żołądka się podnieci. Zmniejszeniu czynności mechanicznéj żołądka zawdzięczają prawdopodobnie niektóre leki w kardyjalgijach zastosowane swą własność uśmierzającą żołądek, jak *conchae praeparatae, magnesia carbonica, natrium carbonicum, magisterium bismuthi* i inne węglany i tlenki metaliczne.

5. Wprowadzanie leków solnych w postaci chlorków w rozczynie obojętnym do żołądka w zamiarze sprawienia wessania ich przez żołądek okazuje się niekorzystném; mniéj jeszcze korzystném pod tym względem okazuje się wprowadzanie węglanów obojętnych, które albo wcale nie ulegają wessaniu, albo tylko o tyle, o ile się w żołądku na chlorki zamieniają.

Tu należy wspomnieć jeszcze o chlorku żelazawym, który okazał się najtrudniéj wessalnym ze wszystkich soli badanych. Uwzględniając wessalność węglanów kwaśnych (magnowego i sodowego) należy i o żelazie przypuścić, że najłatwiéj wessalną formą tegoż będzie prawdopodobnie także węglan kwaśny, coby tłumaczyło różnicę w skutkach terapeutycznych przetworów aptecznych żelaza a szczawów żelezistych.

6. Dla przyspieszenia wypróżnienia korzystny jest mierny ruch.

7. Po wprowadzeniu pół litra płynu do żołądka należy przypuszczać, że po upływie godziny zaledwie czwarta część płynu może się jeszcze w żołądku znajdować, a jeżeli tym płynem jest woda czysta lub zakwaszona, to jéj wcale w nim już nie ma. Zadając więc leki płynne można w godzinę po wprowadzeniu tychże do żołądka na spożywanie pokarmów zezwolić bez obawy, aby one przez nie zostały rozrzedzone lub chemicznie zmienione.

~~~~~~

Nagromadzenie jak najliczniejszych doświadczeń przedsiębranych w powyższym kierunku rokuje w ogóle dla postępu w leczeniu wewnętrznem a w szczególności dla balneoterapii znaczne korzyści. Dokładniejsze wyniki i większe korzyści jeszcze będzie można otrzymać, uskuteczniając doświadczenie na podstawie oznaczenia całkowitéj ilości płynu (zatém i soli) zawartego w żołądku, co da się uskutecznić bardzo dokładnie za pomocą rozczynów miareczkowanych (obacz Przegląd Lek. Nr. 34, 1882) lub barwików, najstosowniéj barszczu burakowego. (Obacz *Medycyna*, 1882, Nr. 37), a których to sposobów podczas wykonywania powyższych doświadczeń jeszcze nie znałem i dopiero w kilku doświadczeniach ogłoszonych w ostatnich numerach *Medycyny* zastosować mogłem. Wyniki otrzymane z tych ostatnich doświadczeń są zgodne z wypadkami w téj pracy przytoczonemi.

III. Oceny i sprawozdania.

Ehrlich: Kwas sulfoanilowy jako środek rozpoznawczy w niektórych chorobach gorączkowych.

Charakterystyczną reakcyję wywołuje w moczu osób, dotkniętych pewnemi chorobami gorączkowemi, odczynnik, który Ehrlich przyrządza w następujący sposób: Do większéj ilości wody (około 500 cm. sz.) dodaje czystego kwasu azotowego (20—50 cm. sz.), a następnie tyle kwasu sulfoanilowego, aby nadmiar nierozpuszczony pozostał na dnie naczynia. Do mięszaniny téj dolewa potém zwolna, wśród kłócenia płynu, rozczynu azotanu sodowego, otrzymanego przez rozpuszczenie kilku ziarnek téj soli w wodzie w rurce odczynnikowéj. Mając taki odczynnik uskutecznia on próbę w ten sposób, że do naczyńka napełnionego w trzeciéj części moczem chorobowym wlewa równą objętość wspomnionego płynu, a następnie dodaje amonijaku lub ługu potasowego, skutkiem czego w pewnych chorobach gorączkowych występuje w moczu silne zabarwienie karminowe lub szkarłatne, którego każdy odcień, szczególniéj na pianie, z łatwością oznaczyć się daje. W żadnéj innéj chorobie, któréj nie towarzyszy gorączka, zabarwienie to nie występuje; natomiast choroby gorączkowe ze względu na swe zachowanie się w takim razie rozpadają się na trzy grupy. Do pierwszéj należą takie, w których reakcyja ta prawie zawsze występuje, jak np. dur brzuszny i odra. W drugiéj grupie reakcyja ta nie zawsze, raz częściéj, drugi raz rzedziéj się
~~~~~~

pojawia. Tu należą róża, gruźlica prosówkowa, zapalenie opłucny, szkarlatyna, zimnica etc. Do trzeciéj wliczają się takie choroby gorączkowe, w których prawie nigdy się nie pojawia, jak zapalenie płuc dławcowe i błonica. Spostrzeżenia swe pod tym względem streszcza Ehrlich w następujących uwagach:

1) Wspomniana reakcyja jest jedném z najstalszych znamion duru brzusznego od połowy pierwszego tygodnia, tak że brak jéj czyni rozpoznanie duru wątpliwém.

2) Te przypadki duru brzusznego, w których reakcyja ta tylko mało jest wyraźną i przez krótki czas się utrzymuje, mają zazwyczaj przebieg bardzo łagodny.

3) Jeżeli reakcyja ta ustępuje już w pierwszym okresie duru, to przy braku powikłań z chorobami, do drugiéj grupy się zaliczającemi, należy w następnych 3—5 dniach spodziewać się zwolnień w ciepłocie.

4) Rozumie się samo przez się, że reakcyja ta nie może stanowić podstawy do rozróżnienia duru brzusznego od chorób drugiéj grupy.

5) Pojawienie się jéj w zapaleniu płuc dławcowém każe się domyślać spółczesności pewnych powikłań.

6) W suchotach płucnych stanowi pojawienie się jéj *signum mali ominis*.

7) Jeżeli reakcyja ta w jakim przypadku chorobowym mimo braku gorączki przez dłuższy czas się utrzymuje, nasuwa się podejrzenie, że suchoty płucne istnieją. (*Zeitschrift f. klin. Med.* V Bd. II Heft). *Dr. Wolfram.*

H. Kümmell (w Hamburgu): **O nowym sposobie opatrywania ran i o użyciu sublimatu w chirurgii.**

Jakkolwiek wszyscy chirurdzy uznają doniosłość wynalazku Listera, mimo to ciągle przemyśliwają nad zmianami dążącemi już to do uproszczenia, już też to do wydoskonalenia téj w zasadzie ogólnie dzisiaj przyjętéj metody. To też autor przechodzi wszystkie nowsze zmiany i dodatki i wyprowadza logicznie konieczność opatrunku przez siebie podanego, który nazywa opatrunkiem nieorganicznym. Omawia on najprzód genezę opatrunków przeciwgnilnych proszkowych (*Pulververbände*), do których dał przedewszystkiém pochop Mosetig swym proszkiem jodoformowym. Jodoform posunął z jednéj strony technikę operacyjną i opatrunkową bardzo wysoko, albowiem doprowadził nas do wykształcenia metody przeciwgnilnéj w operacyjach wykonywanych w jamach ciała, jak np. jamie ustnéj, pochwowéj itd.; z drugiéj zaś strony wywołał przez nadużycie obawę zatrucia, któréj następstwem było wprowadzenie nowych opatrunków jak Küstera z proszku salicylowego, Fischera z naftalinu, Kochera z podazotanu bizmutu, Esmarcha i Neubera z torfu (*Torfmulldauerverband*) a w końcu Volkmanna z mięszaniny sproszkowanego węgla z octowinianem glinu. Nie da się zaprzeczyć, że osobliwie trzema ostatniemi metodami osiągnięto rezultaty nadzwyczaj świetne, okoliczność jednak, że dwie z nich połączone są z nieodstępném mechaniczném zanieczyszczeniem ran, trzecia zaś (torf) składa się z organicznych tworów wymagających koniecznie pomięszania z jodoformem, którego niektórzy chirurdzy po smutnych doświadczeniach pozbyć się chcieli, dała powód do szukania jeszcze lepszych środków przeciwgnilnych. Prace Kocha, naukę na nowe tory popychające, zwróciły uwagę na sublimat rtęciowy jako środek, który w rozcieńczeniu 1:1000 stanowczo najuporczywsze zarodniki zabija a jeszcze w rozczynie 1:5000 rozwój tychże powstrzymuje. Temi doświadczeniami zachęcony zaprowadził Schede w swym ogromnym, bo 300 łóżek liczącym, oddziale chirurgicznym w szpitalu hamburskim od listopada r. z. sublimat w obu powyższych rozcieńczeniach jako wyłączny płyn przeciwgnilny, zatrzymując karbol tylko do rozpylacza i do zanurzania narzędzi, które pomimo powłoki niklowéj bardzo łatwo od sublimatu się psują. W tymże celu wyrabiano także ½ proc. gazę i watę sublimatową, takiż jedwab, katgut i oléj. Gdy wyniki temi środkami osiągnięte okazały się zachęcającemi, zaczęto szukać sposobów, ułatwiających użycie sublimatu i w formie proszku, co można zrobić tylko za pomocą objemców łatwo i pewnie dających się sprowadzić w stan aseptyczny a przez dodanie sublimatu mogących się stać antyseptycznemi. W tym celu wybrano materyje nieorganiczne, które bez nadwerężenia swéj spójności z łatwością mogły się stać aseptycznemi przez zadziałanie stężonych kwasów mineralnych. W pierwszym rzędzie nasuwał się proszek szklany otrzymywany przez dokładne rozmiażdżenie szkła. Jeszcze tańszym i łatwiejszym do nabycia okazał się zwykły dobrze oczyszczony i przez cienkie sito przesiany piasek (*Quarzsand*), który po dokładném wyprażeniu polewa się tuż po oziębieniu rozczynem sublimatu w eterze (10:100 na 10 kgm. piasku). Każde ziarnko piasku pokryte jest mikroskopijnie wykazać się dającemi kryształkami sublimatu. Piaskiem takim wypełnia się rany jamiste i zatokowate i przykrywa kilkoma warstwami gazy sublimatowéj i pozostawia tak przez kilkanaście dni, a nawet kilka tygodni, co najwięcéj zmienić należy powierzchowną warstwę gazy. Rany takie pozostają aseptycznemi, nie cuchną, są nader suche a częstokroć po usunięciu strupów piaskowych w głębi całkiem zagojone. Przebieg odznacza się nawet brakiem gorączki t. zw. aseptycznéj, tak często podczas używania jodoformu się wydarzającéj. Wgojenia tu i owdzie ziarnka piasku, zresztą nieszkodliwego, nie spostrzegano, aby jednak zapobiedz wciskaniu się tychże w głąb ran szytych, pokrywano je tworem szklanym z bardzo delikatnych włókienek szklanych złożonym a watą szklaną zwanym, odpływ zaś wydzielin z rany ułatwiono za pomocą sączków szklanych włosowatych, t. j. warkoczyków kilkakroć z cieniuchnych włókien szklanych splecionych. Dla uproszczenia manipulacyi ujęto piasek w aseptyczną tkaninę bawełnianą, z czego powstały poduszeczki czyli materacyki piaskowe, które znów wkrótce zastąpiono poduszeczkami z popiołu, osobliwie branego z przestrzeni za kotłami się znachodzącéj (*Flugasche*), który odznacza się lekkością i delikatnością a będąc złożonym z kwasów siarczanego, fosforowego, krzemowego, wapna, magnezyi i glinu daje doskonały i tani objemiec nieorganiczny. Ktoby nieszczędził kosztów, może użyć do poduszeczek tych tkaniny z azbeztu. Całość przytrzymuje się opaską mulową, przez co otrzymujemy dokładny nieorganiczny opatrunek, który śmiało przez tygodnie można na ranie pozostawić. Wata, czyli wełna szklana (*Glaswolle*), odgrywa tu rolę ochraniacza (*protective*), ułatwia nadto wessanie i daje się łatwo silnemi kwasami lub alkalijami odrażać, co umożebnia w danym razie kilkakrotne jéj użycie. Dreny szklane otrzymuje się w dowolnéj grubości przez splecenie kilku wiązek t. zw. jedwabiu szklanego, który w handlu znachodzi się w równych do 3 metrów długich pasmach. Główną zaletą ich jest to, że nawet sączek bardzo cienki, np. grubości zapałki, jeszcze działa dokładnie, gdyż za pomocą włosowatości i z tego też powodu ani ucisk ani zagięcie nie są w stanie przerwać tego działa-

nia odbywającego się tak na dół jak i do góry. Jedna tylko jest niekorzyść, że sączki te kwalifikują się tylko do odprowadzania świeżéj wydzieliny przyrannéj, gdyż ropa zapycha swemi masami ciałek przewody włosowate. W razie więc ropienia należy użyć sączków gumowych. Sączki pozostają 10—14 dni, dla tego też przed tym czasem nie ma potrzeby zmieniać opatrunku; prawie wszystkie rany goiły się pod dwoma opatrunkami. Przebieg bywa bezgorączkowy tak, że nawet tak zwana gorączka aseptyczna należy do wyjątków. Udanie się rychłozrostu i to niezwykle dokładnego jest prawie pewném. W końcu wykazuje autor łatwość w zakładaniu tego opatrunku, pewność w utrzymaniu aseptyki a przedewszystkiém taniość. Z dołączonego schematu obejmującego kilkadziesiąt najróżnorodniejszych przypadków w ten sposób leczonych dana jest możność przekonania się o prawdziwości powyższych wywodów. Autor spodziewa się, że i w chirurgii polowéj znajdzie ten sposób zastósowanie. (*Arch. f. klin. Chirurgie* XXVIII, 3). *A. O.*

IV. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XIII Posiedzenie zwyczajne dnia 5go lipca 1882 r.

Przewodniczący: kol. Jordan. Członków obecnych 10.

1) Kol. Zarewicz odczytał list prof. Arlta wystosowany do Tow. z podziękowaniem za mianowanie go członkiem honorowym Towarzystwa.

2) Kol. Wolfram odczytał drugą część swéj rozprawy, która w całości da się streścić jak następuje:

Ważenia dokonane w klinice lekarskiéj krakowskiéj na kilkudziesięciu chorych z chorobami gorączkowemi ostremi doprowadziły autora do wyników w części zgodnych z dotychczasowemi zapatrywaniami, w części zaś odmiennych, przyczém wykazać się dał pewien przyczynowy związek między pierwotném odżywieniem chorego, torem gorączki, jéj nasileniem, pewnemi swoistemi przypadami chorobowemi z jednéj, a zachowaniem się wagi ciała z drugiéj strony. Przedewszystkiém stwierdzić można było, że ciężar ciała w największéj części przypadków ubywał stale i systematycznie, dopóki utrzymywała się gorączka, ubytki te jednak nie zawsze i nie przy każdym jéj torze były jednakie, a co ważniejsza, w większéj części przypadków mniéj znaczne, niż to utrzymują autorowie. W ogólności gorączka, jeżeli sprawy chorobowéj nie wikłają inne szkodliwie na odżywianie oddziaływające czynniki, jak wymioty, brak znaczniejszy apetytu, silniejsza biegunka lub obfitsze poty, zaznacza się wcale nieznacznemi ubytkami na wadze, chociaż ubytki te niewątpliwie są znów znaczniejsze niż to Senator przypuszcza. Zdarzają się jednakowoż przypadki, gdzie ubytek ten, mimo dłużéj trwającego i znaczniejszego stanu gorączkowego, jest istotnie tak mały, że nie da pogodzić się z teoryją szukającą przyczyny gorączki w zwiększonéj produkcyi ciepła skutkiem żywszéj przemiany pierwiastków, ale raczéj przemawia za teoryją Traubego, upatrującą przyczyny stanu gorączkowego w zwiększoném promieniowaniu ciepła. Co więcéj, ważenia te wykazały, że ciężar ciała, mimo gorączki przemijająco podnieść się może, co się szczególniéj zdarza przy znaczném nasileniu gorączki, gdy takowa nie okazuje silniejszych zwolnień lub przestanków. Ubytek ciężaru ciała nie stoi zatém w prostym stosunku do nasilenia gorączki, jak to niemal powszechnie jest przyjętém, ale też i strata, jaką skutkiem niéj organizm w danéj chwili ponosi, nie daje nam wcale miary spustoszenia, jakie za sobą już pociągnęła. W chorobach gorączkowych, szczególnie przy torze gorączki ciągłym, ciężar ciała właściwie dopiero po jéj przełamaniu znaczniejszemi ubytkami na wadze się zaznacza. Tłumaczy się to zwiększoną wówczas diurezą, obfitszemi potami, w ogóle zwiększonym wywozem produktów rozkładowych, nagromadzonych w organiźmie skutkiem żywszego spalania się w gorączce. Przydarzyć się nawet może, że przy dobrze utrzymanym apetycie, a względnie nieupośledzoném trawieniu i wsysaniu, ciężar ciała powiększa się stale i systematycznie. Obok przypadków Uffelmanna dotyczących osesków, jakoteż chorego, na którym Trendelenburg wykonał gastrotomiję, świadczy o tém przypadek ostrego swoistego zapalenia stawów, obserwowany w klinice gdzie mimo znaczniejszego stanu gorączkowego ciężar ciała w przeciągu dni 10 powiększył się o 2·80kg. Przyczynę zjawiska tego odnieść jedynie można było do dobrze utrzymanego apetytu, jaki znamionował cały przebieg choroby, niewątpliwie zatém do dobrze utrzymanego trawienia i wsysania. Zresztą rozstrzygającemi czynnikami w zachowaniu się wagi ciała było zawsze pierwotne odżywianie i tor gorączki. Im chory jakiś, pod padłszy pewnéj chorobie gorączkowéj, korzystniéj był odżywiany, im mniéj utracił na wadze, bądź to skutkiem chorób poprzednich, bądź też w téj saméj chorobie, wtedy tém silniejszy ubytek na wadze można było zauważyć. Tak samo, im gorączka zresztą wysoka, po pewnym czasie swego trwania, wyraźniejsze okazywać zaczęła zwolnienia, im w zwolnieniach tych na niższe stopnie ciepłoty schodziła, tém wyraźniéj malał też i ciężar ciała. Przy torze gorączki ciągłym, ubytki wśród trwania gorączki były zawsze najmniejsze, albo ich nie było wcale, co więcéj nawet przemijający przybytek zauważyć się dawał.

W poszczególnych chorobach gorączkowych ciężar ciała zachowywał się rozmaicie, zależnie od toru gorączki i wikłających sprawę chorobową ubocznych czynników. I tak w zapaleniu płuc. W tych przypadkach, gdzie względnie wysoka gorączka przedstawiała tor ciągły, ciężar ciała okazywał z dnia na dzień tylko bardzo nieznaczne ubytki (od 0·10 do 0·30kg.). Im tor gorączki był mniéj regularnym, im częściéj obok ciepłot wysokich zjawiały się silniejsze zwolnienia, im na niższe stopnie ciepłoty gorączka w tych zwolnieniach zstępowała, tém znaczniejszemi były ubytki na wadze (0·70—1·0kg.). W dniach bezpośrednio wyprzedzających przesilenie, gdzie sprawa chorobowa tak co do stopnia gorączki, jak i co do zmian miejscowych w płucach, w największém znajdowała się nasileniu, a gdzie zwolnień w ciepłocie nie było prawie żadnych, zjawiały się bardzo często zazwyczaj jednorazowe, niekiedy dosyć pokaźne przybytki (od 0·40 do 0·80kg.), lub jak w innych przypadkach, ciężar ciała nie opadał, ale utrzymywał się na téj saméj wyżynie. Każda silniejsza przez dłuższy czas trwająca biegunka sprowadzała już w okresie gorączkowym znaczniejszy ubytek na wadze. W przesileniu, gdzie zwolnienie jest najznaczniejszém, a równocześnie ciepłota dosięga stopni normalnych, często subnormalnych, ubytek był najznaczniejszym (0·50—0·90kg.). W ogóle zaś powiedzieć można, że im mniéj chorzy utracili na wadze w okresie gorączkowym, tém silniejszy zauważyć się dawał ubytek w kryzys. W okresie uzdrowienia ciężar ciała mimo ciepłoty normalnéj i poprawy łaknienia, zmniejszał się jeszcze zazwyczaj przez pewien czas, okazując raz większe, drugi raz mniejsze ubytki. Obok przypadków tych, stanowiących niemal ogólne prawidło, zdarzały się jednak i takie, gdzie ciężar ciała zaraz po przełamaniu się gorączki podnosił się w górę. Wielkość ubytków jak i przeciąg czasu, przez jaki spostrzegać się dawały, była rozmaitą w tym okresie, zależnie od tego, czy osoba popadłszy w sprawę zapalną, była dobrze odżywioną, lub już poprzedniemi chorobami więcéj wyniszczoną, jakoteż od tego, ile już w dwu poprzednich okresach utraciła na wadze. W durze plamistym wśród trwania stanu gorączkowego ciężar ciała systematycznie zaznaczał się ubytkiem na wadze, chociaż, podobnie jak w zapaleniu płuc, w niektórych przypadkach chwilowo podnosił się w górę. Ubytki na wadze szczególniéj wtedy pokaźną przedstawiały wartość, gdy po pewnym czasie trwania wysokiéj gorączki takowa przybrała wreszcie tor wyraźnie zwalniający. I tak uderzającą była spółczesność znaczniejszego ubytku na wadze ze znaczniejszém zwolnieniem ciepłoty z końcem pierwszego tygodnia. Gdzie jednak gorączka torem swoim w durze plamistym zbliżała się do toru ciągłego w zapaleniu płuc, tam ubytki z dnia na dzień, jak i z całego okresu były bardzo nieznaczne i niemal dorównywały ubytkom w zapaleniu płuc. W przesileniu ubytek, średnio biorąc, nigdy nie był tak znacznym jak w zapaleniu płuc, a niekiedy ciężar ciała od razu zamiast się pomniejszać, powiększać się począł. Mianowicie w tych przypadkach, gdzie już w okresie gorączkowym pojawiały się znaczniejsze ubytki na wadze, odpowiednio do silniejszych remisyj, w kryzys od razu zauważyć można było przybytek na wadze. W okresie bezgorą-

czkowym podobnie jak w kryzys, ciężar ciała jeszcze przez jakiś czas malał lub też od razu podnosił się z dniem każdym. W durze brzusznym w okresie drugim, gdy gorączka przedstawiała tor ciągły, wyniki ważenia były zupełnie podobne do tych, które uzyskano w zapaleniu płuc. Podobnie też jak w poprzednich chorobach przydarzało się i tutaj, że mimo wysokiéj ciepłoty, jaka zazwyczaj towarzyszy gorączce ciągłéj, ciężary ciała wbrew wszelkiemu oczekiwaniu, przez jakiś czas na téj saméj utrzymywały się wysokości lub nawet nieznaczny okazywały przybytek. W trzecim okresie duru brzusznego, odpowiednio do silniejszych remisyj, jakie go cechują, pojawiały się i znaczniejsze ubytki na wadze. Silniejsza biegunka, jaka szczególniéj w tym okresie pojawiać się zwyk a, zwiększona diureza i obfitsze poty tłumaczyły zjawisko to dostatecznie. W czwartym okresie ubytki na wadze były nieporównanie mniejsze, największe jeszcze z pojawieniem się pierwszéj intermisyi. Nie brak było także przypadków, gdzie już w okresie tym zamiast ubytku mogliśmy zauważyć przemijający, raz nawet stały, przybytek na wadze. Intermisyje w gorączce, ustąpienie biegunki, budzący się na nowo apetyt i dokonany już wywóz produktów rozkładowych w okresie trzecim niewątpliwą były zjawiska tego przyczyną. W okresie krytycznym ubytek na wadze, jeżeli się pojawiał, był mniejszym aniżeli w dwu poprzednich chorobach; natomiast dosyć często zamiast niego w czasie tym już przyrost zauważyć się dawał. W okresie ozdrowienia ciężar ciała zwiększał się już systematycznie z dnia na dzień, jeżeli naturalnie nie stały temu na przeszkodzie żadne powikłania, nie korzystnie na stan odżywienia wpłynąć mogące. W zapaleniu opłucnéj surowiczém lub surowiczo włóknikowém przy miernym stanie gorączkowym, ciężar ciała, pomijając drobne wahania w obydwu kierunkach, na téj saméj utrzymywał się wysokości, gdy apetyt był dobrze utrzymany, a obok tego brak wszelkich powikłań. Gdy jednak apetyt był upośledzony lub zupełnie zniesiony, gdy sprawie chorobowéj towarzyszyła biegunka lub wyraźniéj zaznaczały się zmiany w szczytach, tam w wspomnianém już nasileniu gorączki stwierdzić można było raz większe, inną razą mniejsze ubytki. W dniu, w którym gorączka stanowczo się przełamała, ciężar ciała niemal we wszystkich przypadkach przedstawiał ubytki, i to têm większe, im mniéj chory, zresztą dobrze odżywiony, utracił na wadze w czasie trwania stanu gorączkowego. W okresie ozdrawiania w niektórych przypadkach ciężar ciała jeszcze przez czas jakiś się zmniejszał, okazując następnie przybytki, u jednych znaczniejsze, u innych mniéj znaczne, zależne od jakości łaknienia, pierwotnego stanu odżywienia i towarzyszących sprawie chorobowéj powikłań. W przypadkach, gdzie od samego początku stwierdzono stan bezgorączkowy, ciężar ciała zwiększał się stale, okazując wsteczne wahania tylko wtedy, gdy w ciągu obserwacyi wystąpiła biegunka lub zimnica. W zapaleniu stawów ostrém ubytki dzienne, podobnie jak i ubytki z całego czasu trwania gorączki były największe, a to niewątpliwie skutkiem obfitych potów, stanowiących niemal charakterystyczne znamię téj choroby. Tor gorączki również nie pozostawał tutaj bez wpływu. Ile razy bowiem po pewnym czasie trwania wyższéj gorączki ciepłota znaczniéj się obniżyła, zawsze na czas ten padały najznaczniejsze ubytki na wadze. Z chwilą stanowczego przełamania się gorączki zjawiały się także nowe ubytki, zawsze jednak mniejsze aniżeli w zapaleniu płuc lub w durze plamistym, a czas na jaki się przewlekały, zazwyczaj był bardzo krótki. W zapaleniu stawów przewlekłém, gdy mu nie towarzyszyła żadna gorączka, a apetyt był dobrze utrzymanym, ciężar ciała zwiększał się systematycznie.

Jakkolwiek zatém biorąc ogólnie, ubytki na wadze w chorobach gorączkowych ostrych, nie są tak znaczne, aby śmierć jedynie skutkiem inanicyi nastąpić mogła, zawsze jednak, ze względu na zwyrodnienie narządów miąższowych, ubytek ciałek krwi, ważność wystąpienia biegunki, wymiotów i innych szkodliwie na odżywienie ogólne wpływających przypadów, odpowiednie żywienie chorego, mimo istniejącéj gorączki, têm bardziéj jest wskazaném, że przy odpowiedniém żywieniu gorączka mniéj niekorzystnie wpływa na zmniejszenie się ciężaru ciała, aniżeli wśród dyjety zupełnie ścisłéj.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos koll. Warschauer i Ponikło.

Na têm posiedzenie zakończono. Dr. *Jan Rosner.*

V. Zaraza morowa i cholera na Wschodzie w roku 1881.

Podał Dr. W. Jabłonowski.

(Dokończenie. Patrz Nr. 50).

Co do kwestyi pochodzenia cholery wybuchłéj w Arabii to tylko wiadomo, że jednocześnie zaraza grasowała w licznych punktach Indyj angielskich, zwłaszcza w Lachorze, gdzie zdziesiątkowała tameczny garnizon (*Lancet*, wrzesień, 1881); daléj w Bombaju, Suracie, Jawie, w Syamie, gdzie zabrała tysiące ofiar, mianowicie w Bankoku. Jestto rzeczą bardzo przykrą, że my w Europie nic wcale a przynajmniéj bardzo mało wiemy o sytuacyi sanitarnéj Indyj wschodnich, t. j. posiadłości angielskich i holenderskich! Jestto wielka do wypełnienia luka ze strony rządów tych krajów wysyłających corocznie 30—40 tysięcy pielgrzymów do Mekki, których z większą lub mniejszą pewnością można uważać za przenośników cholery. Co najmniéj jest bardzo prawdopodobném, że z tych to właśnie ognisk endemo-epidemicznych, że tak powiem tradycyjnych, wyszła także i zaraza grasująca w Arabii. Z drugiéj jednak strony nie należy spuszczać z uwagi, że epidemija cholery istniała w Mekce pod czas pielgrzymki w latach 1871—72, oraz w 1877 i 1878. Tutaj więc przedstawia się kwestyja możebności odnowy zarodków pozostałych w ziemi miasta świętego, jakkolwiek wszystko przemawia za têm, że przeszłoroczna cholera w Arabii była obcego pochodzenia. Epidemija w roku 1877—78 wybuchła i zgasła w saméj prowincyi Hedżaz i w posterunkach sanitarnych w Tor. Przeszłoroczna zaś okazała większą skłonność przerzutową. W każdym razie należy wymagać, ażeby zastosowanie ostrożności higijenicznych było energicznêm i wytrwałém. Brak bowiem energii, wahanie się w wyborze środków, opieszałość wreszcie, wszystko na nowo mogą skompromitować. Egipt, Turcyja, Europa cała powinny dołożyć starań, aby zapewnić się, że środki ochronne, tak słusznie zaproponowane przez Konferencyję międzynarodową w Konstantynopolu (1866), ściśle zostaną zastosowane. One to bowiem są jedynym zbawiennym środkiem. A tutaj przecież idzie o zdrowie publiczne całéj Europy. Ztąd więc zawsze, a mianowicie pod koniec uroczystości muzułmańskich, wypada się obawiać, ażeby iskra zrodzona złym stanem higijenicznym Mekki nie dostała się do Europy i nie wzniecił tam nie łatwego do poskromienia pożaru.

Z końcem października zmniejszająca się ilość przypadków cholery w Mekce rozbudziła ogólną otuchę, lecz z nią też i zapał fanatyczny pielgrzymów. Pomimo najenergiczniejszych środków użytych ku powstrzymaniu wszelkiego ruchu podróżnych, orszak ich złożony z blizko 10 tysięcy głów połączywszy się z innym nadeszłym z Dżeddy i Jambo, wyruszył z Mekki do Medyny. Zaraza też, jakby złowieszczy jenijusz, postępowała w ślady za orszakiem, wyrwawszy mu w ciągu podróży 1476 osób, — w chwili przybycia pielgrzymów do miasta z kolebką proroka cholera z nadzwyczajną siłą poczęła grasować w Medynie. W ciągu 9ciodniowego tam pobytu pielgrzymów, zaraza zabiła prawie czwartą część. To samo powtórzyło się po powrocie pielgrzymów do Mekki. Straszna ta plaga jednak nie osłabiła zapału fanatyków wschodnich niechcących się poddać żadnym higijenicznym ostrożnościom. Lekarz urzędowy z Medyny, z którym miałem sposobność spotkania się w Smirnie, w najokropniejszych kolorach przedstawił mi sytuacyję pielgrzymów, podnosząc także i szereg niezwalczonych trudności, które z urzędu wypadało mu pokonać, walcząc z jednéj strony z samą epi-

demiją, a z drugiéj z ciemnemi tłumami adoratorów Proroka muzułmańskiego. Ciekawym faktem jest, że w czasie gdy cholera sprawiała straszne zniszczenie pośród pielgrzymów, mieszkańcy Medyny ucierpieli bardzo mało. Dopiero bowiem po odejściu karawany spostrzeżono sześć przypadków cholery, lecz i to pośród wojskowych tylko. A wreszcie z końcem listopada nie otrzymano ztamtąd żadnych wiadomości o przebiegu zarazy, co pozwalało mniemać, że epidemija tam ustała. Potrzeba jednak nie zapominać, że Medyna jest punktem przejściowym dla licznych karawan powracających do Syryi i Mezopotamii i że po ukończeniu uroczystości w Mekce Medyna staje się punktem zjazdu dla licznych wędrowców, udających się tędy do przystani Jambo. Łatwo więc zrozumieć znaczenie sanitarne Medyny pod względem rozwoju i postępu chorób zakaźnych pośród napływającéj tu masy pielgrzymów.

Ustając w Mekce cholera towarzyszyła powracającym do Dżeddy, gdzie od 7 listopada (pierwszego dnia przybycia tam pielgrzymów) do 27 tegoż miesiąca było 118 przypadków śmierci z cholery, wyłącznie prawie uważanych pośród obcych przybyszów. Można więc przypuścić niejako za pewne, że cholera postępowała za podróżnymi, prawie nie napastując wcale ludności miejscowéj. Przekonywają nas o tém cyfry śmiertelności, uważane w przystani Jambo, gdzie było 113 przypadków śmierci z cholery. To samo w Konfudzie, głównéj przystani Asyru, gdzie zaraza została przeniesioną przez powracających pielgrzymów. Daléj w Kheibez (miejscowości położonéj o trzy dni drogi od Medyny w pobliżu traktu ku Damaszkowi) uważano 147 przypadków śmierci. Wszystko więc zdaje się przemawiać za tém, że prócz powyżéj wykazanych cyfer cholera grasowała jeszcze i w innych punktach prowincyi Hedżaz, zawsze jednak i przeważnie pośród obcych przybyszów. W ogóle zaś można przypuścić pięć tysięcy przypadków śmierci wywołanych przez zarazę indyjską w Arabii w roku przeszłym. Podług statystyki Dżeddy 38 tysięcy pielgrzymów wysiadło w jéj przystani, a 8 tysięcy przybyło drogą lądową, razem więc 46 tysięcy pielgrzymów, z których cholera zabrała 9—10 na 100, t. j. zdziesiątkowała po prostu tę ilość w ciągu dwóch i pól miesięcy. Karawana do Damaszku idąca złożona z 4 tysięcy głów, po wyjściu swém z Medyny nie wiele ucierpiała od cholery. Po odbyciu 10 dniowéj kwarantany w Ein-Zerka, o cztery dni drogi na południe od Damaszku, otrzymała pozwolenie na dalszą podróż. Również powracający ku Irak-Arabi cieszyli się także dobrym stanem zdrowia. Jeżeliby więc pielgrzymi Wschodu azyjatyckiego unieśli z sobą plagę przeszłorocznéj epidemii aż ku cieśninie Bab-el-Mandeb, do Adenu, Bombaju i Indyj, tych najpewniejszych ognisk zarazy, Europa może być spokojną. I pewność jéj będzie tylko wtedy zagrożoną, gdy pośrod 15—20 tysięcy pielgrzymów zachodnich, powracających ku wybrzeżom morza Śródziemnego, zostanie potwierdzony zły lub podejrzany stan higijeniczny, przeciwko któremu zastosowanie środków ochronnych powinno być zawsze tak surowe, jak tego wymaga interes ogólnego zdrowia.

W oczekiwaniu pomyślnego rezultatu umiejętnie zastosowanych środków ochronnych, ważną dla Europy przedstawia się kwestyja, aby wiedzieć, jaką będzie sytuacyja sanitarna stacyj kwarantanowych w El-Wedż i w El-Tor, tych dwóch punktów, które Egipt uznał za najodpowiedniejsze do obserwowania podróżnych dążących ku Mekce wybrzeżami morza Czerwonego? Bo jeżeli na nieszczęście kiedy cholera zdoła się dostać przez kanał suezki, to wtedy na Egipt i tameczny zarząd międzynarodowy spadnie cały ciężar bolesnéj odpowiedzialności.

Jakkolwiek nie ukazały się dotąd jeszcze dokładne sprawozdania o epidemii cholery, któréj wybuch i rozwój w Arabii powyżéj skreśliłem, jestem jednak w stanie zaznaczyć główne jéj cechy kliniczne, opierając się na raportach Dra Ardonina, kierującego stacyjami sanitarnemi w El-Wedż i w El-Tor.

Pierwszym pojawem zarazy była więc klasyczna biegunka z rozwojem powolnym i tylko w wyjątkowych przypadkach mająca szybki początek. Odchody stolcowe były w ogóle wodniste, śluzowate, częste, lecz wolne od kolek, niekiedy zawierające małą ilość krwi, a tylko w rzadkich przykładach ryżowate. Czas trwania cholerycznych biegunek bywał dość długim, od 4—15 dni. Przy silném pragnieniu i wstręcie do pokarmów język bywał biały, szeroki, zwykle zaczerwieniony, z bardzo wydatnemi wyniosłościami swych brodawek. Moczenie rzadkie i trudne. Oddech trudny i przerywany westchnieniami, z uczuciem bólów silnych, gwałtownych, mających siedlisko w okolicy odźwiernikowéj. Brzuch zapadły, womity rzadkie i tylko w początkach choroby. Wychudnięcie bardzo znaczne, głos zmieniony, jakby przerywany. Bezgłos w ostatnich chwilach cierpienia. Oblicze blade, rzadko fijołetowe lub sinawe; wyraz twarzy hipokratyczny na długo jeszcze przed zgonem. Gałki oczne zapadłe; rogówka zamglona i zapadła. Czasem napotykano bezsenność; najczęściéj jednak uważano ospałość. Kurczów i ściągania w odnogach brak prawie zawsze. W ogóle sinica, oziębienie ustroju i odnóg nie bywały bardzo częste i występowały li tylko w ostatnich okresach choroby. Taki więc przebieg przedstawia nam obraz cholery powolnéj, występującéj w postaci choleryny i nieoddziaływającéj silnie i niespodzianie. Jednakże uważano także i kilka przypadków cholery gwałtownéj, szybkiej, z całym szeregiem groźnych jéj przypadów, któréj uległo dziewięciu marynarzy tureckich z parostatku „Babel", przeznaczonego do przewozu pielgrzymów z Dżeddy do El-Wedż. U tych nieszczęśliwych uważano womity, kurcze, sinicę, oziębienie; przebieg choroby był szybki i napady przedstawiały typową cholerę azyjatycką.

Z wyjątkiem więc cholery typowéj u kilku marynarzy z uzbieranych informacyj wypada, że cholera w Arabii grasowała w roku przeszłym w postaci zarazy, z rozwojem powolnym. Co, uwzględniając stosunki miejsca, gdzie się rozwinęła, jest bardzo cechującém. Bo téż w istocie miała ona do czynienia z pielgrzymami muzułmańskimi, t. j. istotami znużonemi, wyczerpanemi, bardzo mało podlegającemi oddziaływaniu szybkiemu, a pomimo to, ginącemi w dość znacznym stosunku. Być może, że tutaj pierwiastek rasowy i narodowy przyłączył się jeszcze do warunków miejscowości wyjątkowéj. W Indyjach i Kochinchinie dość często uważano tę powolność w rozwoju cholery, mianowicie pośród krajowców, którzy do silnéj rasy europejskiéj pozostają w zupełnie odwrotnym stosunku. Powolny ten rozwój cholery w Arabii przyczynił się także nie mało do łatwego jéj rozpoznania od pierwszéj chwili wystąpienia objawów podejrzanych.

Po tym wyczerpującym przeglądzie mimo woli zdradza się pytanie, co daléj będzie? Kwestyja bowiem przerzutu cholery zawsze jeszcze pozostaje w stanie zagadki czekającéj swego rozwiązania. Nie wiadomo bowiem, czy tak gorąco poparta myśl Komisyi sanitarnéj międzynarodowéj z sie-

dzibą w Wiedniu (p. Sigmund R. *Cholera, Pest und Gelbfieber*) oraz czy stacyje sanitarne w El-Wedż i w El-Tor, w przypuszczeniu, że organizacyja ich będzie najlepszą, odpowiedzą w pełni ogólnym oczekiwaniom, czy staną się istotnie potężną baryjerą, zabezpieczającą Europę od wschodnich plag. Ztąd więc, jeżeli leczenie spoczywa na barkach ludzi bezwarunkowego poświęcenia, to zastosowanie najnowszych środków ochronnych przeciwko nowemu przeniknięciu cholery i morowéj zarazy do Europy niechżeż będzie świętym obowiązkiem najprzód rządów, a późniéj ludzi czuwających nad podtrzymaniem zdrowia publicznego.

VI. Wiadomosci statystyczne i ogólno-lekarskie.

Komisyja sanitarna krakowska odbyła w dniu 19 bm. pod przewodnictwem Dra Warschauera posiedzenie, na którém po załatwieniu spraw bieżących fizyk miasta Dr. Buszek uwiadomił zgromadzonych o utrzymywaniu się ciągle pomyślnego stanu zdrowia w mieście i braku wszelkiéj epidemii tudzież o wejściu w życie wypracowanéj przez Komisyję sanitarną instrukcyi dla miejskiéj służby zdrowia, a następnie przytoczył przepisy odnoszące się do sprzedaży wód mineralnych. Przepisy te celem uchronienia publiczności od nabywania wód zepsutych i nieświeżych uchwalono ogłosić na wiosnę roku przyszłego. Radca Magistratu Szymkiewicz przedstawił potrzebę wejrzenia bliżéj w obowiązki stróżów domowych, a r. m. Dr. Jordan zwrócił uwagę na konieczność rewizyi ich mieszkań celem zapobieżenia przepełnieniu. Sprawy te przekazano Magistratowi. Weterynarz miejski Walentowicz wykazał trudność kontroli nad sprzedażą ryb zamrożonych. Zgodnie z jego przemówieniem postanowiono ze względu na nadchodzące właśnie święta, aby weterynarz miejski postępował w téj sprawie zgodnie z obowiązującemi ustawami i własném przekonaniem na przyszłość zaś, aby biuro lekarskie miejskie wypracowało projekt uregulowania sprzedaży ryb ze względu higijenicznego i przedstawiło go Komisyi sanitarnéj. R. m. Dr. Domański, jako referent podkomisyi kanałowéj, przedstawił obecny stan sprawy czyszczenia kanałów i dołów kloacznych i uwiadomił, iż budownictwo miejskie, dotrzymując swego przyrzeczenia, wypracowało w oznaczonym terminie projekt zupełny trasy dla wodociągu z Regulic do Krakowa o tyle od pierwotnego szkicu korzystniejszy, iż bardzo łatwo będzie można w przyszłości w razie potrzeby zasilić wodociąg znakomitą wodą gruntową z Baczyna. Na wniosek tegoż samego radcy miasta uchwalono dyskusyję nad poprawkami do instrukcyi dla miejskiéj służby zdrowia we właściwym czasie wniesionemi odłożyć na późniéj i wezwano Magistrat naprzód, aby postarał się o to, żeby straż ogniowa celem zabezpieczenia publiczności żeńskiéj w razie zapalenia się lekkich sukien podczas balów była zaopatrzona w wiaderka z wodą i mokre koce a następnie, aby ze względu osobliwie na ludzi chorych i kobiety ciężarne polecił wszystkie schody w domach krakowskich zaopatrzyć w poręcze.

Ω **Zurych**. Rada kantonalna odrzuciła na posiedzeniu z d. 20 listopada 128 głosami przeciw 41 petycyję o zniesienie przymusu szczepienia ospy ochronnéj.

Ω **Paryż**. Perier przedłożył Izbie deputowanych wniosek zdążający do uregulowania kwestyi palenia zwłok. Wniosek, podpisany przez wielu wybitnych deputowanych, obejmuje 5 artykułów. Treść ich jest mniej więcéj następująca: Każdemu obywatelowi francuskiemu służy prawo rozporządzenia w ostatniéj woli, czy sobie życzy, aby zwłoki jego spalono lub pogrzebano. Jeżeli zmarły wyraźnie swéj woli nie objawił, wolno pozostałéj rodzinie w téj mierze postanowić, co chce. W przypadkach niezgody co do rodzaju pogrzebu, zaszłéj z jakichkolwiek powodów, ma spór rozstrzygnąć sędzia pokoju najdaléj w ciągu 24 godzin. W razie najmniejszego podejrzenia zbrodni należy przed spaleniem zwłok wykonać obdukcyję.

Ω **Homburg**. Wkrótce ma tu być urządzoną na wzór amerykański wystawa dzieci. Wystawa przyjmuje dzieci do lat 3. Najładniejsze z pośród tych „Babies“ otrzyma 300 marek nagrody. Druga nagroda wynosi 200, trzecia 150 marek. Prócz tego dziecko najcięższe, którego wiek nie dosięga jeszcze jednego roku, otrzyma 100 marek nagrody. Prospekt zapowiada, że wszystkie dzieci, które wezmą udział w wystawie, będą przez czas wystawy jak najlepiéj pielęgnowane i żywione, a nadto otrzymają po równéj części z czystych dochodów wystawy.

Ω **Londyn**. W terminie ostatnich uniwersyteckich egzaminów ubiegało się o stopień „Bachelor“ 237 kandydatów, t. j. 215 płci męzkiéj a 22 płci żeńskiéj. Z 215 studentów uzyskało ten stopień 90, zatém niespełna 42%; z 22 studentek zaś otrzymało go 16, zatém 73%. Z mężczyzn tylko 58 otrzymało dyplom pierwszego stopnia, z kobiet zaś aż 15, tak że z dyplomowanych tylko jednéj przysądzono dyplom drugiego stopnia. Trzeba tutaj nadto podnieść, że wiek studentek był przeciętnie niższym od wieku studentów.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 3—9 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: 20,6 (22.0 z. t.). Z błonicy umarło 0 (1 z t.); z krztuśca 0 (1 z. t.); z duru brzusznego 1 (0 z. t.); róży 0 (2 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 2 przypadkach ospy, 2 ospianki, 3 odry, 4 płonicy, 5 duru brzusznego. W tygodniu od 26 listopada do 2 grudnia ospa w Londynie nieco się rozszerzyła. Umarło 5, zapadło świeżo 15, leczyło się w szpitalach 70. W Wiedniu umarło 6, w Budapeszcie 5, w Paryżu 11, we Lwowie 12, w Granadzie 26, w Madrycie 32, w Petersburgu 33, w Warszawie 6. Z duru brzusznego umarło w Paryżu 73, leczyło się w szpitalach 1279. W Aleksandryi umarło 12. Czerwonka złagodniała w Aleksandryi. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 3, w Londynie, Madrycie i Maladze po 2, cholera w Hedżaz ustaje.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 26 listopada do 2 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 22,0; we Lwowie 45,2; w Warszawie 31,6; w Poznaniu 28,4; w Wiedniu 24,0; w Budapeszcie 26,2; w Pradze 21,5; w Tryjeście 27,0; w Berlinie 23.6; w Wrocławiu 26,1; w Gdańsku 29,7; w Mnichowie 26,7; w Kolonii 17,7; w Lipsku 22,7; w Dreźnie 23,6; w Bazylei 20,4; w Brukseli 21,1; w Amsterdamie 26,2, w Hadze 33,7; w Paryżu 24,7; w Londynie 21,5; w Kopenhadze 21,6; w Stokholmie 22,3; w Chrystyjanii 21,3; w Petersburgu 23,0; w Odesie 33,5; w Rzymie 20,5; w Wenecyi 33.0; w Bukareszcie 30,7; w Madrycie 37,1; w Lizbonie 22,4; w Aleksandryi 40,0; w Nowym Yorku 22,7; w Filadelfii 18,6; w Bombayu 24,4; w Madrasie 29,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 21 grudnia. W Towarzystwie lekarskiém odbyły się dziś wybory na rok przyszły. Śród oklasków wybrany został prezesem kol. docent Obaliński; prezesowi ustępującemu zaś doc. Jordanowi jednomyślnie wyrażono uznanie za zasługi przez dwa lata położone a równocześnie wyznaczono komisyję złożoną z wiceprezesa prym. Paszkowskiego, prof. Blumenstoka i doc. Grabowskiego, mającą aż do następnego posiedzenia obmyśleć sposób, w jaki Towarzystwo ma uczcić zasługi swego prezesa. Następnie wybrano wiceprezesem kol. Kwaśnickiego, sekretarzem stałym docenta Jordana. podskarbim prym. Zarewicza, sekretarzem dorocznym kol. Mendelsburga, redaktorem Przeglądu Lek. prof. Blumenstoka, członkami komisyi redakcyjnéj: proff. Korczyńskiego i Oettingera, oraz docentów Jordana i Pareńskiego; delegatami Tow. lek. do Rady Zawiad. Tow. lek. galic koll. Krówczyńskiego i Riegera we Lwowie, delegatem Tow. lek. w komisyi sanitarnéj krakowskiéj prym. Paszkowskiego. Biblijotekarzem pozostaje kol. Murdzieński. W skład komisyi redakcyjnéj Przegl. Lek. wreszcie oprócz wyżéj wymienionych wchodzą nowowybrani: prezes i wiceprezes, podskarbi, oraz delegaci Tow. lek. galicyjskiego prof. Rydel i docent Grabowski, a kol. Dr. Kopff jako sekretarz redakcyi.

* Otrzymaliśmy list następujący:

Szanowny Redaktorze!

Znalazłszy w ostatnim numerze Przeglądu lekarskiego uwagę zwróconą do *Gazety Lekarskiéj* z powodu pomieszczonego tamże referatu o odkryciu Dra Horbaczewskiego, pospieszam jako sprawozdawca z objaśnieniem, które rzecz całą zapewne w inném przedstawi świetle w oczach szan. Redakcyi i skłoni ją do po-

mieszczenia w szpaltach swego pisma odpowiedniego sprostowania zarzutu.

Wzmiankę o pracy Dra H. znalazłem w wiedeńskiéj Gazecie wprzód zanim numer Przegl. Lek. mieszczący oryginalny artykuł dostał się do rąk moich. Pospieszyłem więc z zaznajomieniem polskiego ogółu z odkryciem Polaka na podstawie niemieckiego doniesienia, dziwiąc się nawet, że w obcym dzienniku pierwszą o têm odkryciu znajduję wzmiankę. W chwili, gdy numer Przegl. Lek. z pracą Dra H. doszedł do redakcyi *Gazety Lekarskiéj* referat mój był złożony i numer gazety znajdował się na prasie.

O ile w têm nieporozumieniu winna poczta, nie zawsze regularnie rozsyłająca dzienniki zagraniczne, rozstrzygać nie mogę, zapewnić jednak muszę szanowną Redakcyję Przeglądu Lekarskiego, że złéj woli nie było ani z mojéj strony, ani ze strony Gazety Lekarskiéj.

Łączę wyrazy poważania i szacunku. *Dr. Mayzel.*

Z prawdziwą przyjemnością zmieszczamy powyższe oświadczenie szan. kol. Mayzla, i wierzymy, że nie było złéj woli z niczyjéj strony. Pozwolimy tylko sobie zwrócić uwagę szan. Kolegi, że jakkolwiek pisma wiedeńskie, nawet polityczne, pierwéj od Przeglądu wspominały o odkryciu Dra Horbaczewskiego, to jednak krótki opis odkrycia przez autora samego przesłany został naprzód po polsku pismu naszemu, a dotąd jeszcze nie spotkaliśmy się z opisem niemieckim, który się pojawi dopiero w rocznikach Akademii Umiejętn. wiedeńskiéj. Z ważnych powodów położyliśmy nacisk na ten czyn patryjotyczny kol. Horbaczewskiego, zrozumiał go dobrze Časop. lek. česk, i dlatego też sposób sprawozdania w *Gaz. Lek* wywarł tu wrażenie niekorzystne, które w skutek powyższego wyjaśnienia zapewne się zatrze bez śladu.

* Ministerstwo oświecenia potwierdziło nominacyje: Dra Leona Kopffa na asystenta przy klinice chorób skórnych i kiłowych na 2 lata, a Drnda Romana Wodyńskiego na asystenta przy zakładzie anatomii patologicznéj do konca roku szkolnego.

* Otrzymaliśmy od Wydziału gospodarczego IV Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu zawiadomienie téj samej treści, jakie podaliśmy w numerze przeszłym według Dz. Poznańskiego. Zjazd odbędzie się w pierwszéj połowie lipca r. b.; termin ten uważamy za bardzo niestosowny, bo z góry odbiera możność profesorom i docentom uniwersytetów naszych udania się na Zjazd, ponieważ profesorowie do 20 lipca zajęci są obowiązkami urzędowemi.

□ Czytelnicy Przeglądu zapewne przypomną sobie głośną sprawę Dra Lawsona, który otruł swego szwagra akonitynem, w zamiarze odziedziczenia po nim majątku. Lawson działał z nadzwyczajną rozwagą i nie zapomniał ryzykując i własny żywot ubezpieczyć swoje życie na korzyść żony; zbrodniarz został wykryty, przekonany o zbrodnię, a wreszcie powieszony. Pani Lawson zażądała po egzekucyi męża od Towarzystwa ubezpieczeń 25.000 fr.: Towarzystwo ociągało się z wypłatą, gdyż Lawson nie umarł śmiercią naturalną lub z powodu nieprzewidzianego przypadku; powstał proces; sąd orzekł, że śmierć L. nie była samobójstwem, że w chwili wykonania wyroku skazany nie tylko nie wyrażał chęci śmierci, lecz przeciwnie okazał strach i wstręt. Towarzystwo ubezpieczeń wypłaciło pani Lawson 25,000 fr. *(La Presse médicale belge).*

* **Warszawa**. Inspektor szpitali cywilnych, prof. Walter, ma wkrótce przedstawić do zatwierdzenia władz wyższych projekt utworzenia posady prosektora dla wszystkich szpitali cywilnych warszawskich.

Dr. Elsenberg mianowany został ordynatorem oddziału chorób skórnych i kiłowych w szpitalu żydowskim. (*Gaz. Lek.*)

□ **Praga**. Dzienniki polityczne donoszą, że Wydział lekarski Wszechnicy czeskiéj otwarty zostanie z początkiem 1883/4 roku szkolnego.

Ω **Berlin**. Prof. Liebreich podał do wiadomości na ostatniém posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego, że po długich próbach otrzymał nowy preparat rtęciowy nader odpowiedni do wstrzykiwań podskórnych. Nowe to połączenie zwie się Formamidem rtęciowym.

□ **Paryż**. Wyszedł tu okazowy numer pedyjatrycznego dziennika: *Revue mensuelle des maladies de l'Enfance.* Francuzi położyli ogromne zasługi na polu pedyjatryi; wiele cennych dzieł, że tu tylko wymienimy klasyczną pracę Rillieta i Bartheza, stanowi ozdobę literatury lekarskiéj; pomimo to dziennikarstwo francuskie zaniedbało pedyjatryję i dziennik, którego tytuł przytoczyliśmy, jest pierwszą publikacyją peryjodyczną, którą francuska literatura przeznacza wyłącznie chorobom dzieci. Redaktorami są: Dr. Cadet de Gassicourt, prymaryjusz szpitala dziecięcego św. Eugienii, autor cennego podręcznika: O chorobach dzieci, oraz naczelny chirurg szpitala dzieci Dr. Saint Germain, znany z swych prac o tracheotomii.

□ **Rosyja**. Dr. Iwanow zapisał odeskiemu Uniwersytetowi 50,000 rsr.

Często dzienniki rosyjskie donoszą o dobrowolnych okaleczeniach się w celu uchylenia się od służby wojskowéj. *Gołos* w Nrze 319 donosi o sądownie udowodnionym fakcie, że jeden z lepszych chirurgów (felczerów) w okolicy Lublina pozbawiał na żądanie każdego z popisowych jednego oka, biorąc po rublu od oka.

Fundusz żelazny petersburskich lekarzy dla wsparcia wdów i sierót po lekarzach wynosi w téj chwili 173.000 rsr., oprócz 10,000 rsr., kapitału ruchomego. W r. 1881 korzystało z tego funduszu 49 rodzin. (*Wracz* Nr. 47).

W jednéj z fabryk kijowskich zdarzył się przypadek, że 20-pudowy ciężar przywalił robotnika. Zawezwany lekarz Reiman orzekł, że stwierdził tylko lekki uraz; robotnik wkrótce umarł, a pośmiertne badanie wykazało zdruzgotanie kości miednicy, złamanie 3 żeber i uszkodzenie pęcherza moczowego. (*Zaria* Nr. 246).

Ω **Madryt**. *Tribuna* w obszernym artykule opisuje uroczystość nadania dyplomu doktora przez tutejszy Wydział lekarski pannie Martina Cassells y Bellaspi. Jestto pierwsza hiszpanka, która oddawała się studyjom lekarskim. Za jéj przykładem zapisała się już druga hiszpanka na Wydział lekarski. Wydział lekarski w Walencyi nie przyjął jéj w poczet uczniów, uczynił to zaś Uniwersytet madrycki.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Berlin**. Dr. Baginsky habilitował się jako docent prywatny chorób dzieci. — **Bonn**. Dr. Witzel habilitował się jako docent chirurgii. — **Praga czeska**. Wydział lekarski Uniw. niemieckiego udał się z prośbą do ministerstwa, aby Wydział lek. czeski jak najrychléj urządzono. Równocześnie prosił o systemizowanie katedry histologii i o mianowanie prof. zwyczajnym tego przedmiotu prof. nadzw. Zygmunta Mayera.

* **Wiadomości osobowe**. Prymaryjuszem oddziału chirurgicznego w szpitalu powszechnym we Lwowie mianowany został Dr. Grzegórz Ziembicki. — Stopień doktora w. n. lek. w Uniw. Jagiell. otrzymał p. Józef Szajna z Haczowa w Galicyi.

* **Nekrologija**. W Monachijum umarł nagle d. 14 bm. radca dworu Dr. Hecker, profesor położnictwa, autor znany i w piśmiennictwie sądowolekarskiém. — We Wiedniu umarł Dr. Fryderyk Fieber, elektroterapeuta szpitala powszechnego licząc lat 47, a w Tarnowie Dr. Jan Jakubowski, wysłużony lekarz powiatowy.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 50: Heringa: Z kazuistyki szpitalnéj oddziału dla chorób gardła, krtani i jam nosowych w szpitalu św. Rocha; Panormowa: Wpływ soli potasowych na tkankę mięśniową.—W *Medycynie* Nr. 50: Obalińskiego: Zdanie sprawy z ruchu chorych i chorób w klinice chirurg. U. J. za rok 1881/2 (dok.); Rogozińskiego: Spostrzeżenie zaśniadu groniastego (dok.)

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie w Piątek d. 29 grudnia r. b. o godzinie 5 po południu w Sali Akademii umiejętności posiedzenie, na którém Dr. Wolfram odczyta sprawozdanie z pracy Scherpfa o powiększaniu się ilości hemoglobiny pod wpływem używania wód żelezistych, oraz poda wiadomość o leczeniu suchotników w Nordenskiold. Następnie odbędą się wybory zarządu Komisyi balneologicznéj na następne trzy lata. Jak najliczniejsze zebranie się członków pożądane.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

L. 385.

KONKURS.

Niniejszém rozpisuje się konkurs na stypendyjum fundacyi Walentego Szklarskiego ces. Radcy stanu rosyjskiego dla uczniów medycyny Uniwersytetu Jagiellońskiego w kwocie 900 złr. w. a. a to pod następującemi warunkami:

1) O stypendyjum ubiegać się mogą niezamożni uczniowie medycyny w Uniwersytecie Jagiellońskim, którzy studyja swe ukończyli, najdaléj w przeciągu dwóch lat po ukończeniu studyjów. Każdy z ubiegających się powinien zobowiązać się pisemnie, że w razie udzielenia stypendyjum w przeciągu najbliższego roku złoży egzamina doktorskie, jeżeli ich jeszcze nie złożył, a następnie celem dalszego kształcenia się wyjedzie na jeden rok za granicę.

2) Wydział medyczny Uniw. Jagiell. w porozumieniu się z Dyrektorem Biblioteki U. J. udziela stypendyjum co dwa lata w dniu 14 lutego jako w dzień imienin testatora lub na najbliższém posiedzeniu po 14 Lutego przypadającém temu z pomiędzy ubiegających się, który w ciągu swych studyjów najwięcéj odznaczył się moralnym charakterem, talentem i dążności ku głębszéj naukowéj pracy.

3) W każdym razie wykształcenie za granicą ma mieć za cel przyszłą uprawę naukową pewnéj gałęzi lekarskiéj bądź teoretycznéj bądź praktycznéj; ma więc być przysposobieniem do zawodu naukowego a nie do samege lekarskiege wykonawstwa, wymagać wiec należy dowodów uzdolnienia i zamiłowania naukowego okazywanego już to w pracowniach już to w klinikach, z szczególném przykładaniem się do pewnego rodzaju poszukiwań, dokonywanemi ćwiczeniami i pracami, gorliwém zajmowaniem się jakąś szczególną gałęzią lekarską itp.

4) Jako rękojmi pożytecznie za granicą użytego czasu i funduszu wymagać należy od pobierającego stypendyjum dokładnych i wiernych sprawozdań półrocznych piśmiennych z całego toku zajęć naukowych i z osiągniętych niemi wypadków tak pod względem wykształcenia ososobistego jak i zebranych spostrzeżeń, doświadczeń i dokonanych prac.

Podania w myśl powyższych warunków należycie uzasadnione wnosić należy na ręce podpisanego najdaléj do końca Stycznia 1883 r.

Kraków dnia 18 Grudnia 1882. — *Rydel*

t. r. Dziekan Wydz. lek.

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.

Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

Administracyja: Ulica Sienna Nr. 14.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
	Rocznie	**w Austryi** 8 złr. 80 c.	**w Król. Polskiém i Ces. Ros.** 6 rsr.	**w Niemczech** 16 mk.	**we Francyi** 24 fr.
	Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
	Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1\frac{1}{2}$ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 30 grudnia 1882. № 52. Rok XXI.

Przegląd Lekarski. organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1883 **rok dwudziesty drugi** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości $1\frac{1}{2}$ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj**.

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Prenumerata Przeglądu Lekarskiego z przesyłką pocztową bezpośrednią wynosi:

	w Austryi	w Królestwie Polskiém i Cesarstwie rosyjskiém	w Cesarstwie niemieckiém
rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	16 marek
półrocznie	4 „ 40 „	3 „	8 „
kwartalnie	2 „ 20 „	$1\frac{1}{2}$ „	4 „

we Francyi i Belgii

rocznie 24 franki, półrocznie 12 franków, kwartalnie 6 fran.

W innych krajach według przepisów pocztowych.

Prenumeratę przyjmują: w Krakowie Administracyja, nadto w Warszawie pp. Gebethner i Wolff, w Paryżu p. Adam, Rue Clément 4. — Ogłoszenia przyjmują: Administracyja oraz w Paryżu p. Adam, Rue Clement 4 i p. Dobrowolski Faub. St. Martin 57.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Orzeczenia sądowolekarskie Wydziału Lekarskiego Uniw. Jagiell.

V.

Śmierć noworodka z uduszenia, lub w skutek uderzenia się w głowę.

Podał Prof. Dr. Blumenstok.

Elżbieta A., lat 25 licząca dziewka, w nocy z 9 na 10 lutego urodziła dziecko nieślubne, które pozostawiła na polu, a dopiero nad ranem wyszedłszy znów na pole zastała dziecko nieżywe. Obwiniona wypiera się winy i podaje, że raz tylko spółkowała cieleśnie i dlatego nie przypuszczała, że jest brzemienną; rodziła po raz pierwszy a poród miał być tak szybkim, że dziecko wypadło nagle z łona; nie płakało ono i nie krzyczało, dlatego obwiniona nie wie, czy ono żyło lub nie.

Sekcyja uskateczniona przez Dra X. i chirurga Y. wykazała co następuje: Oględziny zewnętrzne: Ciało dziecięcia płci żeńskiéj; ciężar ciała wynosi $2\frac{1}{2}$ kilogr., długość ciała 46 cm., długość od pępka do pięt = 22 cm.; skóra na tułowiu i odnogach czerwona, na odnogach dolnych nieco pomarszczona; pępowina 6 cm. długa, nie podwiązana, soczysta, koniec wolny dość równy przedstawia się jakby nacięty narzędziem ostrém; nos i małżowiny uszne czerwone i spłaszczone; główka okrągława, kości ruchome, wymiar prosty wynosi 10 cm., poprzeczny $8\frac{1}{2}$ długi 9 cm.; szerokość barków = $13\frac{1}{2}$ cm.; na głowie włosy ciemne, gęste, do $1\frac{1}{2}$ cm. długie; chrząstki nosa i uszu twardawe; otwory nosowe, przewody uszne i jama ust nie zawierają ciał obcych; spojówki obu ócz ciemno-czerwoną krwią nabiegłe; twarz po stronie prawéj począwszy od ust w rozległości 4 centówki wygryziona, powierzchnia strzępiasta; odnogi dosyć zaokrąglone, w stawach ruchome; paznogcie twardawe, na odnogach górnych po za końce palców sterczące; odbyt smołką zawalany; powierzchownie nie spostrzega się żadnych znaków uszkodzenia. Oględziny wewnętrzne: Powłoki miękkie głowy na powierzchni wewnętrznéj dosyć krwiste, wzdłuż szwu strzałkowego dwa wynaczynienia krwi czarnéj wielkości grochu, a trzy wielkości soczewicy, grubości 1 milim.; kości czaszki nigdzie nieuszkodzone; w zatokach żylnych dosyć krwi czarnéj, płynnéj, naczynia opon miękkich mocno czarno-czerwoną krwią nastrzykane i wszędzie jednostajnie gładko cienką warstwą krwi ciemno-czerwoną nieco skrzepłéj tak na półkulach jako i za podstawie mózgowia obciągnięte, którą nożem dobrze zesunąć można; miąższ mózgowia przekrwiony, w naczyniach szyjnych dosyć krwi

ciemnéj; gruczoł tarczykowy dosyć krwisty; błona śluzowa krtani, tchawicy i gardziela czerwonawa; płuca wypełniające dosyć klatkę piersiową wedle przepisu podwiązano i wyjęto razem ze sercem i gruczołem natchawiczym, na wodę puszczone pływają w ten sposób, że gruczoł i serce zwracają się na dno naczynia, płuca zaś w połowie unoszą się nad powierzchnią wody, odcięte od serca i gruczołu również pływają, niemniéj i na kawałki pokrajane; powierzchnia płuc jest ciemno-czerwona, gdzieniegdzie jest grupa większa lub mniejsza wysypek groniastych, jasnoczerwonych, do cynobru podobnych, gdzieniegdzie takowe z pod ciemno-czerwonéj powierzchni płytkiéj położone przeświecają, brzegi tępo kanciaste; płuca na rozkroju w krew obfite, przy krajaniu i ucisku trzeszczą wyraźnie i wydają ciecz krwistą, drobno pienistą, rozkrajane pod wodą wydają pęcherzyki powietrzne; serce twardawe, barwy czerwonawéj, komórka prawa próżna, w lewéj nieco ciemno-czerwonéj krwi płynnéj; żołądek pionowo ułożony zawiera dość śluzu szarawo-białego, gęstawego; wątroba dość duża, barwy ciemno-brunatnéj, na rozkroju przekrwiona; śledziona twardawa, czarno-czerwona, mocno przekrwiona; nerki barwy kasztanowatéj, twardawe, dosyć krwiste; jelita cienkie spłaszczone zawierają śluz szarawy, gęstawy; jelita grube i prostnica napełnione smołką; pęcherz moczowy próżny.

PP. Obducenci wydali następujące orzeczenie:

1) Dziecię było nowonarodzone, za czém świadczy stale i ściśle z niém połączony kawał dosyć zachowanéj pępowiny.

2) Koniec wolny pępowiny znaleziono równy i przedstawiający się, jakoby był odcięty lub odłączony od reszty narzędziem ostrém.

3) Długość dziecka, ciężar ciała, wymiary główki, szerokość barków, długość włosów na głowie, dostateczny rozwój chrząstek i paznogci, przemawiają dostatecznie za tém, że dziecię było dojrzałe i dosyć dobrze rozwinięte a zatém donoszone.

4) Ponieważ w organach i członkach nie znaleziono żadnéj wady ustrojowej, któraby były przeszkodą życiu dziecięcia, gdy ono więc miało wszystkie znamiona żywotności, więc było zdolném do życia po za łonem matki.

5) Dziecko po urodzeniu się oddychało a zatém i żyło; za tém przemawiają: rozszerzenie płuc, barwa tychże, wysepkowatość i pływanie we wodzie tak całych płuc, jako i w kawałkach, trzeszczenie, wydanie cieczy pienistéj, daléj podbiegnięcie krwi na spojówkach i pod ogłowiem.

6) Życie to trwało jednak bardzo krótko, albowiem nie całe płuca zawierały powietrze, daléj żołądek miał niezmieniony kierunek pionowy, również pępowina była niezmienioną a w jelitach smołka.

7) Okoliczność, że dziecię po urodzeniu oddychało, wskazuje, że ono nie przyszło na świat pozornie umarłe; przyczyn innych, któreby wprowadziły powietrze do płuc, jak wdmuchiwanie, nic było.

8) Chociaż pępowinę znaleziono podwiązaną, nie można jednak twierdzić, że dziecko umarło z ujścia krwi, albowiem w całym organizmie braku takawéj nie znaleziono, a niektóre przyrządy były nawet przekrwione.

9) Oględziny pośmiertne nie wykazały żadnych znaków uszkodzenia, prócz wygryzienia twarzy po stronie prawéj, zdziałanego najprawdopodobniéj przez szczura.

10) Sekcyja wykazała przekrwienie opon mózgowych i mózgowia, krwistość płuc, gruczołu tarczowego, zaczerwienienie błony śluzowéj krtani i tchawicy, podbiegnięcie krwią spojówek ocznych, co dowodzi, że dziecko umarło z uduszenia.

11) Przyczyną uduszenia było wstrzymanie przystępu powietrza atmosferycznego do dróg oddechowych, które matka zaraz po porodzie w rozmaity sposób uskutecznić mogła, bez pozostawienia innych śladów gwałtu zewnętrznego, prócz powyż nadmienionych.

12) Za tym rodzajem śmierci przemawia i ta okoliczność, że nie znaleziono żadnych innych zmian przemawiających za innym rodzajem śmierci, a postępowanie matki przez narażenie noworodka na działanie niskiéj ciepłoty działało niekorzystnie na życie jego i śmierć przyspieszyło.

Elżbieta A. oskarżoną została o dzieciobójstwo a d. 13 kwietnia podczas rozprawy przed trybunałem przysięgłych powtórzyła poprzednie swoje zeznanie, dodając tylko, że pępowina śród porodu przedarła się, a łożysko wyszło dopiero dnia następnego. Zdanie wezwanych do rozprawy znawców Drów A. i B. opiewało odmiennie od zdania obducentów, a mianowicie było ono mniéj więcéj téj treści: „Noworodek był zupełnie donoszony i do życia po za łonem macierzyńskiém zupełnie zdolny. Z próby płucowéj wynika, że po urodzeniu oddychał, jakkolwiek niedokładnie, urodził się więc żywy i umarł wkrótce po urodzeniu się. Przyczyną śmierci była rozległa wybroczyna śródoponowa i ucisk przez nią na mózgowie wywarty, który stał się powodem porażenia mózgu a ztąd zmian znalezionych w innych organach jak w płucach, sercu i naczyniach, w wątrobie, śledzionie i nerkach. Przyczyną wynaczynienia w mózgu w obecnym przypadku z największém prawdopodobieństwem był poród nagły w postawie stojącéj; przemawia za nim okoliczność, że poród był szybki i lekki, gdyż protokół sekcyjny nie wspomina nic o nagłowiu, powtóre okoliczność, że na częściach miękkich prócz kilku drobnych wynaczynionek nie znaleziono żadnego uszkodzenia, któreby przemawiało za użyciem jakiego gwałtu mechanicznego; daléj niedokładne wypełnienie płuc powietrzem, które świadczy za tém, że już pierwsze oddechy dziecka były osłabione, że zatém przeszkoda w oddychaniu istniała już w chwili urodzenia się dziecka, wreszcie i podania obwinionéj, które odpowiadają w zupełności naszemu twierdzeniu. Nadto wybroczyny podskórne na czaszce wytłumaczyć się dają tylko w powyższy sposób to jest przez upadnięcie dziecka główką o ziemię, podczas gdy uderzenie rozmyślne w główkę ze strony matki musiałoby było wywołać daleko znaczniejsze uszkodzenie części miękkich, a nawet i kości; uderzenie więc takie, jakkolwiek nie jest zupełnie wykluczonėm, jednak bardzo mało jest prawdopodobném. Przeciw uduszeniu mechanicznemu przemawia rozległa wybroczyna śródczaszkowa i brak wszystkich śladów duszenia; przeciw zmarznięciu zaś również owa wybroczyna, która natenczas nie dałaby się wytłumaczyć. Możebna jednak, że zimno, na które dziecko było narażone, wpłynęło ze swéj strony niekorzystnie na powiększenie się owéj wybroczyny i przyczyniło się do rychlejszéj śmierci dziecka.—Pępowina wedle wyniku sekcyi nie była przedartą, lecz gładko odciętą, za czém przemawia nawet i miejsce odcięcia, w którém pępowina zwykle nie przerywa się; jednak śmierć dziecięcia nie nastąpiła w skutek ubytku krwi, gdyż przyrządy wewnętrzne były krwiste. — Podanie obwinionéj, że dziecko po urodzeniu nie krzyczało, zasługuje na wiarę, a to przez wzgląd na wynaczynienie krwi w oponach."

Prokurator rządowy z powodu sprzeczności zdania tego ze zdaniem obducentów wniósł odroczenie rozprawy i zażądanie opinii Wydziału lek.

Orzeczenie Wydziału opiewało jak następuje:

Jakkolwiek uduszenia dziecka przez zatkanie lub pokrycie ust i nosa bezwzględnie wykluczyć nie można, to jednak w danym przypadku tłumaczeniu się obwinionéj ze stanowiska sądowolekarskiego nie można także zaprzeczyć stanowczo. Należy przypuścić możebność, że obwiniona przez poród została zaskoczoną, z powodu, że na dziecku nie znaleziono przedgłowia, jak niemniéj z powodu, że brak wszelkiego śladu obrażenia zewnętrznego na głowie obok rozległego wynaczynienia śródoponowego również przemawia za wypadnięciem dziecka, urodzonego przez matkę stojącą, i uderzeniem się onego główką o ziemię.

Z tych powodów Wydział lekarski przychyla się do zdania drugich znawców, że dziecko Elżbiety A. umarło z porażenia mózgu, wywołanego przez udar śródoponowy, który powstał skutkiem uderzenia się główką o ziemię,— że jednak pozostawienie go na zimnie bez okrycia w każdym razie śmierć jego przyspieszyło.

Jedni i drudzy znawcy w orzeczeniach swych wspominają o zdolności do życia dziecięcia po za łonem macierzyńskiem, spuszczając z uwagi, ze obowiązująca teraz u nas ustawa o postępowaniu karném nie żąda wcale tego orzeczenia od znawców lekarskich. Od czasu wejścia w życie nowéj procedury z r. 1873 nie przestaliśmy zwracać uwagi kolegów, że § 130 téj ustawy opiewa: „Gdy zachodzi podejrzenie dzieciobójstwa, zbadać także należy, czy dziecię urodziło się żywém“, — że więc odpada dalsze pytanie, które się mieściło w procedurze dawniejszéj,“ i czy było zdolném do życia pozamacicznego“. Zrazu mieliśmy tylko do zwalczenia opozycyję sędziów, którzy przywykli do dawnéj formułki, i po wejściu w życie nowéi ustawy zadawali pytanie co do zdolności do życia; ale pokazuje się, że łatwiejsza była sprawa z sędziami, aniżeli z lekarzami, którzy wypowiadają więcéj, aniżeli prawodawca i sędzia od nich się domagają. Że orzekanie o zdolności do życia, dopóki obowiązywało, było lekarzom bardzo nie na rękę, wykazaliśmy już nieraz, a pomiędzy innemi i w *Medycynie* (1877). Bodajby to ponowne przypomnienie miało skutek lepszy od poprzednich.

Pp. obducenci nie uwzględnili wybroczyny śródoponowéj podnosząc objawy uduszenia. Wspomnieliśmy już przy innéj sposobności, że zmiany te wcale nie są tak charakterystycznemi, i że rozpoznać można uduszenie tylko po uwzględnieniu wszystkich okoliczności i wykluczeniu innych rodzai śmierci. W takich razach nadto opis winien być dokładniejszy, albowiem wyrażenie: „Płuca w krew obfite“, „mózgowie przekrwione“, nie są opisem lecz rozpoznaniem, nie dają przeto znawcom późniejszym podstawy do potwierdzenia zdania pierwszego. W tym przypadku wypadało położyć nacisk na rozległą wybroczynę śródoponową, która nie mogła być następstwem duszenia; ale z drugiéj strony wiadomo, że noworodki okazują nierównie większą odporność w obec takich wybroczyn, aniżeli dorośli, i dla tego należało przypuścić, że wpływ niskiéj ciepłoty śmierć przyspieszył.

II. Oceny i sprawozdania.

Hagens: Chinoideum citricum jako skuteczny i tani lek przeciwzimniczy.

Hagens, starszy lekarz sztabowy w Gdańsku, stosował lek ten u 105 żołnierzy, dotkniętych zimnicą, zachowującą po największéj części tor codzienny, a zapatrywania swe na skuteczność jego streszcza mniéj więcéj w następujących uwagach.

1) Chinoideum citricum [1]) działa skutecznie w typowém zakażeniu zimniczém, jednak jako lek przeciwgorączkowy nie posiada żadnéj wartości.

2) Skuteczność jego okazuje się szczególniéj w przypadkach świeżych, niekiedy i w zadawnionych, czasem nawet wtedy, gdy podawanie krystalicznego chininu okazało się bezskutecznem. Zdarzają się jednakowoż przypadki, w których podobnie jak chinin bez widoczniejszéj przyczyny albo bardzo mało działa, albo całkiem zawodzi.

3) Obok tych własności, które stawiają go wyżéj od innych przetworów chininowych, zaleca się przedewszystkiém z powodu tego, że jest lekiem bardzo tanim, a zatém *in praxi pauperum* nader pożądanym. Po używaniu jego zimnica zazwyczaj nie trwa dłużéj, niż po stosowaniu chininu i nie lubi się wracać.

4) Skuteczność jego w cięższych przypadkach zakażenia zimniczego, w większéj nietypowości napadów, jako też w chérze zimniczéj, nie jest dowiedzioną ani prawdopodobną. Wraz z usuwaniem napadów środek ten w znacznéj części przypadków usuwał i obrzmienie śledziony. Ze względu na czas, w jakim się lek ten podawać winno, jako też ze względu na wielkość dawki, trzyma się tych samych przepisów, co przy podawaniu chininu. Jeżeli napad mimo tego nie zostanie powstrzymanym, można śmiało dawkę wśród trwania napadu powtórzyć. W ten sposób udaje się czasem skrócić napad z kilkunastu do kilku godzin. W lżejszych przypadkach, w zakażeniu świeżém, u osób zażywnych, wystarcza często jednorazowa, niemal zawsze dwurazowa dawka dzienna od 1—2 gramów. Mniejsze dawki od 0·50—0·75 grama nie powstrzymywały napadów, większe od 2·50 do 3·0 gramów, nawet kilkakrotnie podawane dobrze znoszono. W przypadkach cięższych podaje się dawki większe zaraz od początku. W razie istnienia przypadów ze strony narządu pokarmowego, daléj tam, gdzie się lękać należy pojawienia się chéry zimniczéj, najskuteczniejszym środkiem pozostanie jednak chlorek chininu krystaliczny, w postaci podskórnych wstrzykiwań stosowany. Jedyną słabą stroną cytrynianu chinoidynu jest ostry, drapiący, smołę przypominający smak tego przetworu, którego nie zdołano jeszcze oczyścić od części żywicznych. Aby w części temu zapobiedz, podaje się go w następującéj formie:

Rp. *Chinoid citr.*
Extr. Absynth. sicc.
āā. 4·0
Acid. tartar. 2·0 (Acid. citr. 1·50)
Mfp. Div. in part. aeq. IV.

(*Zeitschrift für klin. Med. V Bd. II Heft*) *Dr. Wolfram.*

Rozprawy o zaraźliwości suchot na międzynarodowym Zjeździe higijenicznym w Genewie.

Rozprawy nad tym przedmiotem zagaił Dr. Corradi

[1]) Najskuteczniejszym okazał się przetwór, wyrabiany przez Jobsta.

z Pawii odczytaniem następujących zdań, streszczających jego zapatrywania:

1) Mniemanie o zaraźliwości gruźlicy lub suchot płucnych sięga najdawniejszych czasów, utrzymywało się ono przez całe wieki, nietylko jako mniemanie u ogółu ale także jako zdanie w nauce.

2) W drugiéj połowie ostatniego stulecia mniemanie to dosięgło szczytu rozpowszechnienia, prawdopodobnie dla tego, że choroba ta pojawiała się tak często jak nigdy przedtém. Rządy wielu krajów widziały się zmuszonemi do podjęcia pewnych środków ochronnych tak w interesie zdrowia publicznego, jak celem zapobieżenia rozszerzaniu się przyrzutu gruźliczego.

3) W pierwszéj połowie naszego stulecia mniemanie o zaraźliwości zmniejszyło się, ponieważ poszukiwania anatomopatologiczne wyprzedziły badania etyjologiczne.

4) Dopiero w ostatnich latach patologija doświadczalna podjęła na nowo kwestyję zaraźliwości i starała się poprzeć mniemanie o zaraźliwości wynikami szczepienia wytworów gruźliczych. Posunięto się nawet jeszcze daléj sądząc, iż można wykazać, że prątek stanowi przyrzut chorobowy.

5) Kwestyję tak jasno przez doświadczenia wskazaną winny rozstrzygnąć spostrzeżenia kliniczne, a patologija powinna rozwiązać jeszcze wiele innych kwestyj, które nasuwa przypuszczenie o zaraźliwéj naturze gruźlicy i pogodzić je z faktem usposobienia i dziedziczności.

6) Ale jeżeli zarażenie lub udzielenie jest możliwe, to może ono jedynie mieć miejsce w warunkach, które dopiero trzeba oznaczyć.

7) Tymczasem higijena powinna się zachować względem gruźlicy tak, jakby się zachowała w obec jakiéj innéj choroby podejrzanéj, to jest mogącéj się udzielić lub przenieść w pewnych warunkach.

8) Trzeba szczególniéj zwrócić uwagę na stosunki wynikające ze wspólnego mieszkania: czyniąc je mniéj ściślemi i krótszemi, zmniejszy się skutki ognisk zakaźnych, choćby ich nie dało się zniszczyć, równocześnie usunie się te wyziewy, które, pomijając działanie swoiste, przez osłabienie ustroju usposabiają go do suchot.

9) Jakkolwiek nie jest dowiedzioném, że gruźlica może się udzielić przez pożywienie, mimo to roztropną będzie rzeczą nie używać ani mięsa ani mleka bydląt dotkniętych gruźlicą.

10) Należy także zwracać baczną uwagę na krowiankę lub ospę humanizowaną, którą się szczepi celem ochrony przed ospą.

11) Zaprowadzenie odrębnych szpitali dla gruźliczych lub osobnych pawilonów wielce się zaleca.

12) Wyniki nowych badań podjętych dla wykazania, w jakich warunkach i jakiemi drogami szerzy się gruźlica, wykażą nam środki ostrożności więcéj szczegółowe, jakich się trzeba będzie trzymać.

13) Bez względu na zdanie, jakie się ma o przyrodzie suchot, wątpić nie można o korzyściach, jakie przynosi w walce z niemi oporność ustroju. Z tego powodu praktyka higijeny, zapewniająca ludom dobrobyt fizyczny i moralny, winna stworzyć jednę z ważnych przeszkód na drodze szerzenia się tego bicza cywilizacyi.

W rozprawach oświadczył Dr. Vallin (z Paryża), że jakkolwiek skłonnym jest do uwierzenia w naturę zaraźliwą gruźlicy, zwraca jednak uwagę na to, iż fakt, że zwierzęta, którym szczepiono prątek gruźliczy, nabywają choroby, nie dowodzi bezwzględnie, iżby także człowiek był wrażliwym na ten przyrzut. Świnka morska zamknięta w pokoju z człowiekiem dotkniętym tą chorobą, ulega suchotom, jakkolwiek te nie były jéj zaszczepione. W ogóle sprawa zaraźliwości gruźlicy nie jest jeszcze rozstrzygniętą z tego téż powodu, jak również z powodu, iż na lądzie stałym nawet chorzy na choroby zakaźne nie mogą być odosobnieni, nie może być mowy tak rychło o odosobnieniu gruźliczych. Rzeczywiście w dyskusyi okazało się, że jeszcze istnieją wielkie wątpliwości co do przyrody zaraźliwéj suchot i objawił się silny prąd przeciw odosobnieniu. Przykry wpływ odrębnych szpitali wpływać będzie na chorych, zdaniem Dra Landowskiego (z Algieru), przygnębiająco, prawie jak wyrok śmierci. Dr. Lubelski (z Warszawy) mniema, że suknie i łóżka stanowią najprawdopodobniéj źródło zarazy, i sądzi że wypada podjąć badania co do właściwych cech potu, przeziewu chorych na suchoty. Inny mowca Dr. Smith (z Londynu) zastanawiał się nad tém, czy nie byłoby dobrze badać wpływ gazów i cieczy z kanałów na żywotność prątka, ponieważ gruźlica przeważa w dzielnicach źle skanalizowanych, i tych w których ogólne zasady higijeny są zaniedbane. Dr. Leudet (z Rouen) podał wyniki 28 letnich badań 56 rodzin dobrze mu znanych: w 15 przypadkach zmarł mąż z suchot a w 41 żona. Z 15 wdów 5 okazywało późniéj objawy gruźlicy, niekorzystny ten stosunek nasuwa myśl o zaraźliwości. Zasługuje na uwagę, że jedna z tych kobiet zmarłych ze suchot miała zboczenie krzywicze i zmarła dopiero w 10 lat po śmierci męża, druga straciła na suchoty ciotkę, trzecia zaś siostrę. Z 11 wdowców jedynie 3 zmarło ze suchot, z tego wnosić można, zdaniem Dra Leudeta, że, jeżeli małżeństwo jest przyczyną zarażenia, częściéj zaraża się żona od męża niż mąż od żony. (*Revue d'hyg. et de police sanitaire*, 1882, Nr. 9). *Dr. Grabowski.*

Wiadomości pomniejsze.

Przypadek wyleczenia choroby Adisona opisuje Finny (w *Dubl. Journ. of Med. Sc.* kwiecień r. 1882). Chora 50-letnia przedstawiała wszystkie cechy właściwe téj niemocy: znaczne osłabienie, znane zabarwienie skóry twarzy, ramion i dłoni, sutków, błony śluzowéj warg i lic, słabe uderzenia koniuszka serca, rozwolnienie itd. Wyleczenie zawdzięcza autor dyjecie wzmacniającéj, żelazu i arszenikowi. Chora obecnie (leczyła się od maja do listopada r. z.) ma się dobrze a zabarwienie skóry znikło. Dr. *Pisek.*

III. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

XIV Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak. dnia 11 października 1882. Przewodniczący kol. Jordan. Członków obecnych 36.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący zdał sprawę z czynności podczas feryj załatwionych i z pism, które do Tow. nadeszły.

3) Członkiem zwyczajnym Towarzystwa wybrano kol. Dra Felicyjana Perskiego.

4) Kol. doc. Pareński okazał nowy stetoskop pomysłu Dra Paula w Paryżu i dał objaśnienia, dotyczące tego przyrządu.

5) Kol. doc. Obaliński podał krytyczne uwagi nad dwoma pomyślnemi przypadkami trepanacyi czaszki. (Wykład powyższy umieszczony został w Przeglądzie Lekarskim).

6) W końcu kol. Wasylewski opisał trzy przypadki cukrzycy leczone jodoformem podając, iż idąc za spostrzeżeniami Moleschotta który w Nrze 17, 18 i 19 *Wien. mediz. Wochenschrift*, 1882 rzecz o działaniu leczniczém jodoformu w cukrzycy ogłosił, uzyskawszy nader pomyślne wyniki w pięciu przypadkach, uważał za stosowne wykonanie odpowiedniéj próby u trzech chorych z cukrzycą w oddziale prym. Dra Pareńskiego pozostających. Były to przypadki bardzo ciężkie, z powodu wielkiéj ilości cukru i ogólnego wyniszczenia nie wiele rokujące nadziei powodzenia leczniczego. Podawano chorym jodoform po 0·05 dwa razy dziennie, stopniując dawkę do 0·30 a nawet 0·40 na dzień i to w proszkach z dodatkiem małéj ilości kw. garbnikowego w celu zniesienia, względnie przytępienia, nieprzyjemnéj woni jodoformu; dyjeta chorych była mięszana, obfita z 2ma porcyjami pieczeni na dzień.

Przypadek 1szy dotyczył kobiety lat 40 liczącéj, bardzo źle odżywionéj, cierpiącéj od przeszło lat 2 na cukrzycę. Mocz według rozbioru dokonanego w pracowni prof. Stopczańskiego zawierał 5·8% cukru, a ciężar gat. wynosił 1·042. Dnia 13 maja zaczęła chora zażywać jodoform w ilości dziennéj 0·10 z następującym skutkiem:

W czwartym dniu leczenia wynosiła ilość cukru 8·0% c. g. 1·037.
w ósmym „ „ „ „ „ 7·8% c. g. 1·045.
w 12tym „ „ „ „ „ 6·4% c. g. 1·037.
W tym czasie powiększono dawkę jodoformu na 0·15
w 18tym dniu leczenia ilość cukru = 7·8% c. g. 1·042.
w 21tym „ „ „ „ = 8·0% c. g. 1·040.

Ilość dzienna moczu wynosiła średnio 3000 cm. sz. Ilość dzienna cukru przed podawaniem jodoformu wynosiła 174grm. i była najniższą, zaś w 21 dniu leczenia wynosiła 240gm. i była najwyższą. Chora niewyleczona opuściła zakład.

Przypadek 2gi. Mężczyzna lat 55 liczący zauważył dopiero od kilku miesięcy ciężkie objawy zdradzające cukrzycę. Mocz badany dn. 24 czerwca miał c. g. 1·037, zawierał mały ślad białka i cukru 7%. Ilość moczu na dobę 5·300 cm. sz. Dnia 26 czerwca zaczął chory zażywać jodoform w ilości 0·10 dziennie. Ilość cukru wynosiła:

w 5tym	dniu leczenia	6·8%	c. g. 1·032	ilość	moczu	5700grm.
w 7ym	„	6·7%	c. g. 1·034	„	„	4850 „
w 9tym	„	6·1%	c. g. 1·035	„	„	3800 „
w 15tym	„	4·2%	c. g. 1·028	„	„	3930 „
w 23cim	„	1·8%	c. g. 1·018	„	„	4800 „
w 30tym	„	9·8%	c. g. 1·028	„	„	4800 „
w 36tym	„	1·5%	c. g. 1·028	„	„	4000 „
w 38ym	„	0·0%	c. g. 1·016	„	„	1000 „

dawkę jodoformu co kilka dni powiększano, tak, że w końcu podawano dziennie 0·30. W 38ym dniu leczenia, t. j. 4go lipca, dostał chory nagle dreszczów, ciepłota wynosiła 40·7°C. a nazajutrz przy ciepłocie rannéj 38·7 stwierdzono po prawéj stronie z tyłu obfity wysięk w jamie opłucny. Upadek sił wzrastał szybko a d. 6go lipca rano chory umarł. Przed wystąpieniem zapalenia opłucny miał się chory bardzo dobrze, odżywienie jego poprawiło się znacznie, pragnienie zmniejszyło się, osłabienie ogólne i ciężkość w nogach ustąpiła prawie zupełnie. Zmiany przy sekcyi znalezione: *Gangraena circumscripta lobi medii pulmonis dextri, subs. pleuritide serofibrinosa dextra et compressione partiali lobi infer. dextri. Bronchitis diffusa, emphysema marginale et oedema acutum pulmonis utriusque. Myocarditis fibrosa levis, Hyperaemia hepatis, hyperaemia et hypertrophia renum, Gastritis chronica.*

Przypadek 3ci. Mężczyzna l. 29 liczący, chory od 9ciu miesięcy. Odżywienie bardzo liche, niedokrewność znaczna. W moczu o c. g. 1·035, ilość cukru 6·7%, ilość dzienna moczu 11.500 cm. sz. Od 28 września zażywał chory jodoform z następującym skutkiem:

W 4tym	dniu leczenia	c. g. 1·035	cukru 6·3%
w 8ym	„	c. g. 1·035	„ 74%
w 10tym	„	c. g. 1·040	„ 8·3%
w 12tym	„	c. g. 1·042	„ 8·2%
w 14tym	„	c. g. 1·041	„ 8·0%

Po tygodniu czyli w 21 dniu leczenia miał mocz c. g. 1·037, ilość cukru 7%.

Z opisanych 3ch przypadków nie można, zdaniem prelegenta, wypowiedzieć zdania pewnego o działaniu jodoformu w cukrzycy, wynik bowiem w 2 przypadkach był zupełnie ujemnym. W przypadku 2gim cukier ustąpił z moczu zupełnie, śmierć jednak chorego przerwała dalszą obserwacyję. Podawanie jodoformu w przypadkach lekkich, na jakie się napotyka w prywatnéj praktyce a nie w szpitalu, i do jakich należeli chorzy Moleschotta z ilością cukru 2½—3%, możeby wydało pomyślniejsze wyniki.

W dyskusyi nad tym przedmiotem zabierali głos koll. prof. Dr. Rosner, Dr. Warschauer i prym. Paszkowski.

Na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Rosner.*

IV. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

□ *Gaz. hebdom.* z 25 listopada zamieszcza nader zajmujące i ważne poszukiwania Dra Miquela nad liczebnym stosunkiem drobnotworów w powietrzu. Wyniki tych badań uskutecznionych w obserwatoryjum paryzkiém wykazały, że ilość drobnotworów w jednym metrze sześciennym powietrza zmienia się względnie do pory roku:

	1879—80	1880—81		1879—80	1880—81
wrzesień	—	129	marzec	93	74
październik	252	142	kwiecień	56	48
listopad	209	106	maj	195	80
grudzień	48	49	czerwiec	39	92
styczeń	36	45	lipiec	53	190
luty	15	31	sierpień	47	111

Ilość drobnotworów podczas deszczu zmniejsza się. Stosownie do miejsca, z którego brano powietrze do badania, ilość ta zmienia się w następującym stosunku: jeśli przyjmiemy za jednostkę ilość drobnotworów w niezamieszkałych izbach obserwatoryjum (25 na 1 sześcienny metr powietrza) to w parku było ich 4, w pracowni 9, w powietrzu ul. Rivoli 35, w kanale téjże ulicy także 35, w salach szpitala Hôtel Dieu 226, w Pitié 384. Według obrachunku Miquela człowiek przebywający na świeżém powietrzu w okolicy rzeczonego obserwatoryjum wprowadza do swych płuc na dobę 300.000 zarodników, pleśni i 2.500 bakteryj. Podczas lata śród przewietrzania sal szpitalnych ilość drobnotworów w powietrzu sal zmniejsza się. Linija krzywa, oznaczająca śmiertelność z powodu chorób zakaźnych, jest równoległą do linii, wyrażającéj ilość drobnotworów w powietrzu.

Ω **Berlin.** Z polecenia rządu zajmowali się już od dłuższego czasu w cesarskim Urzędzie zdrowia prof. Dr. Schuetz i Dr. Löffler badaniami nad przyczyną nosaciny. Badania te doprowadziły obecnie do wykrycia grzybków drobnowidowych, mających być ostateczną przyczyną téj choroby. Obydwom badaczom udało się przez liczne próby wyhodować te twory drobnowidowe w stanie zupełnie czystym i temi grzybkami przez zaszczepienie wywołać znów nosaciznę u koni.

Ω **Lipsk.** W tutejszém Towarzystwie przyrodniczém prof. Leuckart zdawał sprawę z badań swoich nad przyczyną choroby tunelowéj. Wiadomo bowiem, że przy budowie tunelu św. Gotharda choroba ta nowa zupełnie i dziwna dziesiątkowała robotników. Już poprzód zwrócono wtedy uwagę na robaka, Dochmius duodenalis, którego znajdowano w znacznéj ilości w wodzie gromadzącéj się w tunelu jakotéż w kiszkach ludzi zmarłych w czasie roboty koło przekopu. Leuckart jest zdania, że związek między chorobą tunelową a znachodzeniem się tego robaka w kiszkach ludzi chorych jest przyczynowym, że właściwie przyczynę choroby powyższéj stanowią dwa do siebie podobne gatunki robaków, które, jak się domyślać można znachodzono w znacznéj ilości w odchodach żołnierzy francuzkich w czasie wyprawy Kochinchinskiéj. Tak przynajmniéj wypadałoby z ówczesnych dość niedokładnych opisów tych robaków. Robaki te, znalezione w odchodach jednego chorego w szpitalu würzburgskim, oddano do instytutu zoologicznego w Lipsku, gdzie Leuckart przedsięwziął z niemi doświadczenia i urządził ich hodowlę. Leuckart ma być już blizkim celu zupełnego wyjaśnienia téj nierozwikłanéj jeszcze kwestyi. Badania jego będą miały wielką wagę dla zapobiegania powyższéj chorobie.

Ω **Wiesbaden.** Przed niedawnym czasem Dr. Pfeifer, z polecenia tutejszego urzędu probierczego pokarmów i używek, ostrzegł w dziennikach publiczność przed używaniem leków sporządzanych przez partacza Mohrmanna. W piśmie swém nazwał Mohrmanna „Bandwurm-Heilkünstler". Mohrmann wniósł skargę

przeciw Pfeiferowi o oszczerczą obrazę honoru i żądał od tego ostatniego zwrotu kosztów, wydanych na ogłoszenia dziennikarskie. Dr. Pfeifer został przez tutejsze sądy uwolniony od wszelkiego zarzutu.

Statystyka epidemij. W tygodniu od 10—16 grudnia umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 26,7 (20.6 z. t.). Z duru brzusznego umarło 0 (1 z. t.); z gorączki połogowéj 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 5 przypadkach odry, 1 duru brzusznego. W tygodniu od 3—9 grudnia ospa w Londynie złagodniała. Zapadło świeżo 5, umarło 5. leczyło się w szpitalach 62. W Paryżu umarło 9, w Warszawie 3, w Madrycie 23, w Granadzie 21, w Budapeszcie 5, w Pradze i Roterdamie po 3, w Petersburgu 37. Dur brzuszny łagodnieje w Paryżu, umarło 62, leczyło się w szpitalach 1103. W Budapeszcie i Aleksandryi umiera więcéj osób z gorączki tyfusowéj. Czerwonka bardziéj się rozszerzyła w Aleksandryi. Z duru osutkowego umarło w Londynie 3, Maladze 4, w Madrycie 2, w Wiedniu, Amsterdamie, Petersburgu i Warszawie po 1.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 3 do 9 grudnia umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 20.6; w Warszawie 27,8; w Poznaniu 22,1; w Wiedniu 23,9; w Budapeszcie 26,9; w Pradze 31,0; w Tryjeście 31,3; w Berlinie 20,9; w Wrocławiu 24,0; w Gdańsku 34,8; w Kolonii 24,4; w Mnichowie 26,9; w Dreźnie 29,6; w Lipsku 18,7; w Bazylei 16,3; w Brukseli 22,3; w Amsterdamie 26,3, w Hadze 26,5; w Paryżu 26,3; w Londynie 22,4; w Kopenhadze 22,0; w Stokholmie 20.2; w Chrystyjanii 11,1; w Petersburgu 31,8; w Odesie 34.1; w Rzymie 23,1; w Wenecyi 26,1; w Bukareszcie 35,5; w Madrycie 38,7; w Lizbonie 26,4; w Aleksandryi 45,4; w Nowym Yorku 23,4; w Filadelfii 18,9; w Bombayu 25,0; w Madrasie 23,7. *J. B.*

V. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 27 grudnia. Doszedł nas *Rocznik medycyny polskiéj* na rok 1883, wydany staraniem i nakładem Dra J. Rogowicza, b. redaktora *„Medycyny.“* Rocznik ten, z kolei 5ty, składa się, zarówno jak jego poprzedniki, z 2 części, z których pierwsza jest właściwym przeglądem rocznym piśmiennictwa lekarskiego polskiego (od 1 lipca 1881 do 1 lipca 1882 r.). Sprawozdawcami poszczególnych (8) działów są Drowie: Przewóski, Dobrzycki, Markiewicz, Matlakowski, Rogowicz, Kośmiński, Klink i Fritsche. Wszystkich sprawozdań jest 188 (odnoszących się do prac ogłoszonych przez 123 autorów); z prac tych przypada na *Gazetę Lekarską* 65, *Przegląd Lekarski* 53, *Medycynę* 44, *Pamiętnik T. l. w.* 17, *Pam. Akad. Umiej.* 2, osobnych wydań 7. Przeglądając sprawozdania szczegółowe doznaliśmy małéj satysfakcyi. Otóż jeden ze sprawozdawców w tytule pracy kol. Reichmana „o określaniu stopnia i przyrody kwaśności zawartości żołądka“ zamieścił znak zapytania; a czytelnicy przypomną sobie, jaką burzę ściągnęliśmy na siebie z powodu zamieszczenia wykrzyknika w tym samym tytule; godzi się zapytać, czém gorszy jest wykrzyknik od znaku zapytania? albo czy bardziéj rażącym był pierwszy, ponieważ pochodził od redaktora *Przegl. Lek.*, a mniéj uderzającym ostatni, gdy pochodzi od współredaktora *Gaz. Lek.* a sprawozdawcy Rocznika?—Część druga, ładnie oprawna jest wygodnym kalendarzem lekarskim, zawierającym oprócz zwykłych notatek rzecz o najnowszych lekach, o otruciach ostrych, opatrunku przeciwgnilnym, zdrojowiskach itd. Z części téj dowiadujemy się, ze obecnie wykładają w Wydziale lek. Uniw. warsz. proff. zwyczajni: Andrejew (patologiję i terapiję szczeg.), Brodowski (anatomiję patologiczną, zarazem Dziekan Wydziału), Hoyer (embryjologiję i anat. porównawczą), Jefremowski i Kosiński (chirurgiję), Kotelewski (med. sądową), Lambl (klinikę wewn.), Nawrocki (fizyjologiję), Trautvetter (dermatologiję), Tyrchowski (położnictwo); proff. nadzwyczajni: Baranowski (dyjagnostykę), Czausow (anatomiję opisową), Kryszka (farmakologiję), Łuczkiewicz (patologiję ogólną i historyję med.), Popow (klinikę wewn.), Skwarcow (higijenę), Przewóski (prolektor anatomii patolog.); docenci: Neugebauer (ginekologiję), Pląskowski (psychijatryję), Szałfiejew (chemiję lek.), Tauber (chirurg. operac.), Wolfring (oftalmologiję). Lekarzy praktykujących w Warszawie jest 286.—Rocznik ten zarówno polecić możemy czytelnikom, jak tomy poprzednie; zwłaszcza część pierwsza jest cennym nabytkiem dla każdego lekarza, dla którego ruch piśmienniczy nie jest obojętnym.

* Odbieramy od jednego z kolegów list następujący: „Krynica bardzo się krząta około podniesienia zakładu zdrojowego. Od lat kilku doznaje ona szczególnéj opieki ze strony Dyrekcyi domen i lasów a raczéj Dyrektora Sieglera, za którego staraniem corocznie wkłada Rząd duże sumy w tego rodzaju dzieła jak kanalizacyja, łazienki, wodociągi, budowa nowéj drogi górą zakładu itp. Obecnie przeznacza rząd 150.000 złr. na budowę domu zdrojowego (*Kurhausu*). Niemniéj dla Krynicy doniosłego znaczenia jest fakt, przed paru tygodniami dokonany przez Starostę z Nowego Sącza, Aleksandra Zborowskiego, mianowicie należyta organizacyja Komisyi zdrojowéj w Krynicy. Na papierze ta Komisyja istniała od r. 1877, w rzeczywistości zaś dopiero w tym roku zaczęła czynnie występować. Po całorocznėm rozpatrywaniu się w zawiłych stosunkach administracyjnych w Krynicy energicznie przeprowadza starosta Zborowski taką organizacyję Komisyi zdrojowéj, iż niewątpliwie wszystkie dotychczasowe niedostatki i wady w tym jeszcze sezonie będą usunięte. Obecnie bowiem Komisyja zdrojowa posiada już swego płatnego sekretarza, który ma być wykonawcą wszystkich jéj uchwał: ma utrzymywać jéj kancelaryję, która będzie zarazem biurem informacyjném dla gości kąpielowych. Sekretarz ma być administratorem majątku Komisyi zdrojowéj, któréj roczne dochody wynoszą około 10.000 złr, przeznaczone na opłacenie muzyki, na utrzymanie porządku w zakładzie i na jego upiększanie. Dla powiększenia sił pracujących nad utrzymaniem i podniesieniem zakładu, oraz dla należytego podziału pracy w tym względzie starosta Zborowski tworzy w Komisyi zdrojowéj kilka komitetów, do których przybiera członków z głosem doradczym z poza grona Komisyi, już to z obywateli już téż z gości kąpielowych. Przy takiém poparciu finansowém ze strony Dyrekcyi domen i lasów, oraz przy takim zarządzie, energii i troskliwości, jaką Krynicę otacza obecny starosta, będący przewodniczącym Komisyi zdrojowéj, wątpić nie można, że nie tylko spiesznie będą uchylone wszystkie niedostatki właściwe zdrojowiskom krajowym, ale że Krynica niezadługo wzniesie się do rzędu pierwszorzędnych zakładów zdrojowych Europy.“

* **Warszawa.** Nakładem *Gaz. Lek.* wyjdzie w r. 1883 przekład polski farmakologii Nothnagla i Rossbacha.

W Uniwersytecie otwarto nową klinikę ginekologiczną, któréj zarząd poruczono prof. Neugebauerowi. Ordynatorem kliniki chorób skórnych i kiłowych mianowany został Dr. Anders, a kliniki psychijatrycznéj Dr. Hay. (*Kur. warsz.*)

* **Wiedeń.** W szpitalu powszechnym rozpoczęto próby z oświetleniem elektryczném. Nateraz oświetlone zostały w oddziale prof. Dittla sale operacyjne, 2 sale chorych, oraz czytelnia lekarska. Namiestnik dolno-austryjacki Possinger-Choborski oglądał sale i wyraził zupełne swoje zadowolenie.

Gazety wiedeńskie zapisują oświadczenie p. Ministra oświecenia, wedle którego o natychmiastowém otwarciu Wydziału lek. czeskiego mowy być nie może, a to dla braku odpowiednich sił, a przedewszystkiem dla braku zakładów. Naprzód uda się radca dworu Langer do Pragi, celem nabycia odpowiednich budynków, a jeżeli znajdzie należyte pomieszczenie dla anatomii. wtedy oddział teoretyczny z początkiem przyszłego roku szkolnego rozpocznie swoje czynności; Minister przyrzeka atoli, że z rokiem szkolnym 1884/5 Wydział lek. czeski w komplecie otwartym zostanie; niebawem mają nastąpić pierwsze nominacyje profesorów, którzy stanowić będą komitet doradczy dla Ministra w sprawie obsadzenia reszty posad.

□ **Praga.** W celu upamiętnienia II Zjazdu lekarzy i przyrodników czeskich wyszła w Pradze publikacyja muzyczna, zatytułowana: Unija czesko-polska. Jest to zbiór ulubionych pieśni czeskich i polskich; karta tytułowa ozdobiona piękną odpowiednią winietą, a nakładcą jest powszechnie u nas wysoko ceniony dla swéj głębokiéj nauki i cnót obywatelskich prof. Dr. A. Frič.

* **Budapeszt.** Podaliśmy niedawno, że prof. Scheuthauer sprawdził brak wrodzony śledziony u staruszki; pomiędzy leka-

rzami krąży pogłoska, że w tym przypadku w szpitalu rozpoznano przerost śledziony. (*W. med. Bl.)*

□ **Włochy**. Lekarze włoscy wywierają wybitny wpływ na losy swojéj ojczyzny: Dr. Bacceli jest ministrem oświaty a Dr. T. Crudelli, współpracownik Klebsa w poszukiwaniach nad *baccillus intermittentis*, jest naczelnikiem opozycyi. (*The Lancet*).

□ **Rosyja**. *Ruski Kuryjer* donosi, że magistrat m. Moskwy zamierza kupić od Uniwersytetu tamtejszego zabudowania kliniczne za sumę 1,500.000 rsr. i 4 dziesięciny ziemi. Przytoczony dziennik dodaje, że brak funduszów potrzebnych dla postawienia klinik moskiewskich na stopie odpowiedniéj wymaganiom czasu, zmusi zapewne Uniwersytet do przyjęcia propozycyi Rady miejskiéj.

Zarząd lekarski w Odesie ostrzega publiczność przed używaniem kosmetycznego wyrobu Otona Franza z Wiednia: *Puritas. Lait propre à rajeunir les eheveux* itd. Rozbiór wykazał, że ciecz ta zawiera równe części stężonego rozczynu octanu ołowiowego, kwiatu siarczanego i wody wawrzynośliwowéj. (*Now. Teleg.)*.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Budapeszt**. Docenci prywatni Stiller i Autal przedstawieni zostali do nominacyi na proff. nadzw. a Dr. Arpad Bókai habilitował się jako docent prywatny patologii.

* **Nekrologija**. Pod koniec roku przerzedzają się szeregi profesorów niemieckich; prawie równocześnie z proff. Bischoffem i Heckerem w Monachijum umarł prof. anatomii patolog. w Marburgu Beneke, niestrudzony pracownik w rozmaitych dziedzinach lekarskich. Umarł on w skutek uwięźnięcia wewnętrznego po 48 godzinnéj zaledwie chorobie.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Medycynie* Nr. 51: Łuczkiewicza: Odra w połączeniu z błonicą; Polaka: Przypadek niezmiernie rzadkiego tętna. — W *Gazecie Lek.* Nr. 51: Panormowa: Wpływ soli potasowych na tkankę mięśniową; Heringa: Z kazuistyki szpitalnéj oddziału dla chorób krtani szpitala św. Rocha; Polaka: Kilka słów o balsamowaniu trupów za pomocą sublimatu oraz tymolu.

Redakcyja otrzymała:

Dr. W. JAWORSKI: Versuche zur Ausmittelung der Gesammtmenge des flüssigen Inhaltes im menschlichen Magen. (Osobne odbicie z *Zeitschrift f. Biologie* Tom XVIII) in 8vo str. 18.

Dr. L. WOLBERG (z Warszawy): Drei Fälle aus der Pädiatrie (Tracheotomie mit Nachblutung. Scharlach-Recidiv. Variola-Morbilli). (Osobne odbicie z Nru 47 *Berl. klin. Woch.* z r. 1882) in 8vo str. 8.

Dr. A. WOLFRAM: Z kliniki prof. Korczyńskiego w Krakowie. Zachowanie się ciężaru ciała w chorobach gorączkowych ostrych. (Odbitka z *Gazety Lek.* 1882) in 8vo str. 31.

Claude PERRONNET: Étude critique sur la pathogénie et le traitement du chancre syphilitique, Lyon 1882, in 8vo str. 42.

Prof. Dr. ŁUCZKIEWICZ: Wykład popularny o blednicy. Wilno, drukiem J. Blumowicza 1882 in 8vo str. 84.

Dr. L. FEIGEL (we Lwowie): Podręcznik medycyny sądowéj na podstawie dzieł proff. Hofmanna, Maschki i własnego doświadczenia, dla użytku uczniów Wydziału lekarskiego i prawniczego, lekarzy i prawników, z 7 drzeworytami, Lwów 1883, nakładem autora, in 8vo str. 443. (Cena złr. 6. 50 c).

Prof. TAMASSIA (w Pawii): Della possibilità del ritorno spontaneo del pulmone allo stato atelectasico, Reggio nella Emilia 1882, in 8vo str. 25.

Dr. B. WICHERKIEWICZ (w Poznaniu): Zur Beurtheilung des Werthes stielloser Haut-Transplantationen für die Blepharoplastik. (Osobne odbicie z *Klin. Monatsbl. f. Augenheilk.* 1882) in 8vo str. 30 z 2 tabl.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę d. 3 stycznia 1883 r. o godzinie 5téj popołudniu w sali Akademii Umiejętn. posiedzenie administracyjne, na którém: kol. podskarbi złoży rachunki z roku ubiegłego i przedstawi budżet na rok 1883, kol. biblijotekarz zda sprawę ze stanu biblijoteki, kol. sekretarz stały odczyta sprawozdanie ze stanu Towarzystwa i jego czynności a Komisyje stałe zdadzą sprawę ze swego działania w r. 1882; wreszcie kol. Buszek przedstawi i objaśni nowe przyrządy do badania mleka.

Do numeru dzisiejszego dołącza się tytuł i spis rzeczy zawartych w całym roczniku.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.